

Solicitud de Beneficiario del Programa Piloto de Inmunoglobulina Intravenosa (IGIV)

Esta aplicación es para los beneficiarios de Medicare que actualmente se encuentran usando o planeando usar la terapia de inmunoglobulina intravenosa en el hogar. El programa piloto proporcionará un pago por visita de enfermería y suministros necesarios para la administración de inmunoglobulina intravenosa. Para obtener más instrucciones sobre cómo completar esta solicitud, por favor consulte el apartado "Guía de la Solicitud de Inscripción" Este documento está disponible en <http://med.noridianmedicare.com/web/ivig> o llamando 844-625-6284.

ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE LA INFORMACIÓN

Sección I: Información del beneficiario

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Nombre del Beneficiario de acuerdo con la tarjeta de Seguro Médico (Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre) | 2 | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |
| | | 3 | Dirección de correo electrónico |
| 4 | N.º de identificación del reclamo de seguro médico Medicare _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | 5 | Número de teléfono (Incluir código de área) |
| 6 | Dirección postal | 7 | Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| 8 | ¿Actualmente reside en el mismo hogar con un cónyuge, amigo o familia extendida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

SECCIÓN II: Información sobre medicamentos

| | | | |
|----|---|-----|--|
| 9 | ¿Aproximadamente en qué año comenzó a recibir el medicamento inmunoglobulina? _____ | | |
| 10 | Recibo (o tengo la intención de empezar a recibir) el medicamento inmunoglobulina por vía: <input type="checkbox"/> Intravenosa (IV) (en la vena) <input type="checkbox"/> Subcutánea (bajo la piel) | | |
| 11 | Nota: Si recibe el medicamento por vía subcutánea, no conteste esta pregunta. Usualmente recibo la inmunoglobulina IV en: (Seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Mi hogar <input type="checkbox"/> Consultorio médico <input type="checkbox"/> Área de servicios ambulatorios del hospital/Centro de infusión intravenosa ambulatorio | 11a | Nota: Si recibe el medicamento por vía subcutánea, no conteste esta pregunta. Nombre del proveedor y dirección donde recibe el medicamento inmunoglobulina IV: _____ _____ _____ _____ |
| 12 | Nota: Si recibe el medicamento por vía subcutánea, no conteste esta pregunta. Actualmente recibo (o estoy programado para recibir) el medicamento inmunoglobulina por vía intravenosa: <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Cada 3 o 4 semanas <input type="checkbox"/> Más de dos veces por mes <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| 12a | <p>Nota: Si recibe el medicamento por vía subcutánea, no conteste esta pregunta.</p> <p>A veces no recibo el medicamento inmunoglobulina:</p> <p>() Sí () No</p> | 12b | <p>Nota: Si recibe el medicamento por vía subcutánea, no conteste esta pregunta.</p> <p>Si eligió Sí, indique el motivo (<i>Marque todas las opciones que correspondan</i>):</p> <p>[] No puedo pagarlo [] No me siento bien</p> <p>[] Transporte [] Otro: _____</p> <p>_____</p> |
|-----|--|-----|--|

| | |
|----|---|
| 13 | <p>Nota: Si recibe el medicamento por vía intravenosa, no conteste esta pregunta.</p> <p>Actualmente recibo el medicamento inmunoglobulina por vía subcutánea:</p> <p>() Cada semana () Dos veces por semana () Otro: _____</p> |
|----|---|

| | |
|----|--|
| 14 | <p>Mi participación en esta pilot program de Medicare (<i>Marque todas las opciones que correspondan</i>):</p> <p>[] Reducirá el tiempo empleado viajando hacia y desde el hospital/consultorio del proveedor para la administración intravenosa</p> <p>[] Reducirá el tiempo en que me encuentre ausente de las actividades diarias</p> <p>[] Reducirá los pagos adicionales que debo hacer para recibir la administración intravenosa</p> <p>[] Reducirá la exposición a infecciones</p> <p>[] Reducirá el riesgo de conducir deterioradamente atribuida a la reacción de la infusión</p> <p>[] Mejorará mi calidad de vida general</p> <p>[] Otro: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|----|--|

SECCIÓN III: Información de pago de los gastos por la administración de IGIV

Esta sección incluye preguntas para comprender cómo usted actualmente paga por los gastos administrativos de IGIV (aquellos relacionados con servicios, suministros y accesorios pero no con el medicamento en sí mismo)..

Nota: Omite esta sección si actualmente recibe el medicamento por vía subcutánea.

| | |
|----|--|
| 15 | <p>¿Actualmente, quién paga los gastos el costo de enfermería y suministros asociados con la administración de este medicamento (no el costo del medicamento en sí mismo)? Si actualmente no está tomando este medicamento pero planea hacerlo, a que espera que pague estos gastos si no participa en el programam piloto? (<i>Marque una opción</i>):</p> <p>() Yo pago todos los gastos</p> <p>() Yo pago la mayoría de los gastos, pero algunos están cubiertos por seguros médicos o planes de asistencia de medicamentos</p> <p>() El seguro médico o plan de asistencia de medicamentos paga la mayoría de los gastos</p> <p>() Recibo el medicamento en el consultorio del médico/hospital/centro de infusión intravenosa ambulatorio y no pago ningún gasto</p> <p>() No lo sé</p> |
|----|--|

Marque el otro seguro médico que cubre el costo de enfermería y suministros asociados con la administración de este medicamento. Si actualmente no está tomando este medicamento pero planea hacerlo, seleccione el otro seguro médico que cubra estos gastos si no participa en el programa piloto (*Marque todas las opciones que correspondan*):

- 16
- Medicaid
 - Beneficios para veteranos
 - Plan de salud para jubilados o patrocinados por el empleador de su cónyuge
 - Póliza comprada en forma privada (excepto Medi-gap)
 - Programa del Estado o condado que no sea Medicaid
 - Programa de empresa farmacéutica
 - TRICARE
 - No lo sé
 - Ninguno
 - Otro: _____

SECCIÓN IV: Firma del Beneficiario

Comprendo que la solicitud para participar en esta demostración no garantiza que será seleccionado para participar en ella y que, en caso de ser seleccionado, mi participación en esta demostración es voluntaria y puedo retirarme de ella en cualquier momento.

| | | |
|----|------------------------|-------|
| 17 | Firma del Beneficiario | Fecha |
|----|------------------------|-------|

SECCIÓN V: Firma del médico

| | | |
|----|---|----------------|
| 18 | Nombre del médico (<i>En letra de imprenta</i>) | |
| 19 | Número de teléfono del médico | 20 |
| | | NPI individual |

Certifico que estoy brindando tratamiento a este paciente, que el paciente tiene una enfermedad de inmunodeficiencia primaria y es candidato para la administración de IGIV en su domicilio.

| | | |
|----|------------------|-------|
| 21 | Firma del médico | Fecha |
|----|------------------|-------|

Si desea participar, debe completar, firmar y enviar una solicitud, debido a que las vacantes y los fondos para dicha demostración son limitados. Tanto usted como su médico deben firmar la solicitud y nosotros la debemos.

Puede enviar su solicitud a esta dirección:
Noridian Healthcare Solutions
IVIG Demo
PO Box 6788
Fargo ND 58108-6788

Para envíos con entrega el siguiente día, envíe su solicitud a:
Noridian Healthcare Solutions
IVIG Demo
900 42nd Street South
Fargo ND 58103

Puede enviar por fax su solicitud completa a:
701-277-2428

Si hay espacios disponibles después del período de inscripción inicial, aceptaremos y revisaremos las solicitudes que lleguen hasta que llenemos todos los espacios.

El envío de una solicitud para esta demostración no garantiza que será seleccionado para participar.

Para información y orientación del programa piloto de IVIG sobre cómo completar esta solicitud, visite <http://med.noridianmedicare.com/web/ivig> y vea la "Guía de aplicación de inscripción". Llame al programa piloto de IGIV, 844-625-6284, para obtener ayuda sobre el formulario, o para preguntas acerca del programa piloto de IGIV.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se le requiere a ninguna persona responder a una recopilación de información a menos de que presente un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de OMB para esta recopilación es 0938-1246 (Caduca 31/05/2021). El tiempo requerido para completar esta recopilación de información es de 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar datos existentes, acumular los datos necesarios, completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario relacionado a la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244-1850. Divulgación de CMS: Por favor no envíe solicitudes, reclamaciones, pagos, registros médicos ni ningún documento que contenga información confidencial a la Oficina de liquidación de informes de la PRA. Tenga en cuenta que cualquier correspondencia que no corresponda a la carga de recopilación de información aprobada bajo el número de control OMB asociado que figura en este formulario no será revisada, reenviada ni retenida. Si tiene preguntas o dudas sobre dónde enviar sus documentos, póngase en contacto con Debra Gillespie (Debra.Gillespie@cms.hhs.gov).