

Programa de copago para controles de laboratorio para Jivi®*

factor antihemofílico (recombinante) PEGilado-aucl

Los pacientes pueden recibir hasta \$250 al año para aplicar a los costos de bolsillo de los controles de laboratorio para Jivi®

CÓMO FUNCIONA



Si usted y su proveedor de atención médica deciden que se requieren controles de laboratorio para Jivi®, puede recibir hasta \$250 al año para costos de bolsillo relacionados.



Usted y su proveedor de atención médica identifican un laboratorio que pueda realizar correctamente las pruebas de laboratorio de Jivi®.



Se puede cobrar un copago para sus pruebas de laboratorio en el momento del servicio. El laboratorio también presentará un reclamo a su compañía de seguro para obtener el pago restante por los servicios.



Recibirá una Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de su compañía de seguro, que indica cuánto cubre su seguro y cuánto debe pagar usted.



Para recibir hasta \$250 al año por los gastos de bolsillo relacionados con las pruebas de laboratorio para Jivi® que no están cubiertas por el seguro, debe presentar los siguientes documentos en un plazo de 180 días a partir de la fecha de servicio:

- Este formulario de reclamo completado
- Una copia de la EOB de su compañía de seguro
- Una factura o recibo con fecha de su laboratorio
 - Si presenta una factura de su laboratorio, Access Services by Bayer™ reembolsará directamente a su laboratorio, hasta \$250 por año
 - Si ya pagó la factura de su laboratorio, presente un recibo de pago de su laboratorio y Access Services by Bayer™ se lo reembolsará directamente, hasta \$250 por año

*Los pacientes que están inscritos para cualquier tipo de seguro del gobierno no son elegibles. Bayer se reserva el derecho a rescindir, revocar o enmendar esta oferta sin previo aviso en cualquier momento.

Esta oferta no puede canjearse por dinero en efectivo. Solo una oferta por paciente por año.

Si tiene alguna pregunta, contacte a Access Services by Bayer™ al 1-800-288-8374.



antihemophilic factor
(recombinant) PEGylated-aucl

Formulario de reembolso

INFORMACIÓN DEL LABORATORIO QUE FACTURA

(*Campo obligatorio)

Nombre del laboratorio que factura*

Dirección 1*

Dirección 2

Ciudad*

Estado*

Código postal*

Número de teléfono*

Dirección de correo electrónico

INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA

Nombre*

Apellido*

NPI del médico que receta*

Sello (preferido) o firma del médico que receta

Fecha

Certifico que he solicitado pruebas de laboratorio para este paciente mientras recibe Jivi®.

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

Aseguradora primaria*

N.º de Grupo*

Número de teléfono*

ID del suscriptor*

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Primer nombre*

Segundo nombre

Apellido*

Dirección 1*

Dirección 2

Ciudad*

Estado*

Código postal*

Fecha de nacimiento*

Número de teléfono*

Masculino*

Femenino*

Por el presente autorizo e indico a Services by Bayer™ que emita un pago (marcar una opción):

Directamente a mi laboratorio que emitió la factura
(se requiere factura del laboratorio)

Directamente a mí (se requiere recibo de pago)

Confirme lo siguiente:

Confirmando que es mi responsabilidad pagar mi parte del costo de mis pruebas de laboratorio para Jivi®, incluido el saldo restante.

Firma del paciente*

Fecha*

ENVÍE ESTE FORMULARIO DE RECLAMO COMPLETADO POR CORREO O POR FAX Y LOS DOCUMENTOS DE RESPALDO EN UN PLAZO DE 180 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE SERVICIO A:

FAX: 833-270-4332

CORREO: ConnectiveRx

Attn: Jivi Lab Monitoring Co-pay Program
100 Passaic Ave., Suite 245
Fairfield, NJ 07004



antihemophilic factor
(recombinant) PEGylated-auct