



NUTRICIA NAVIGATOR INFORMATION FORM

Questions? Please call 800-365-7354,
M-F 9am-6pm ET

All Fields Required. Please send completed form to:
Fax: 833-869-0554 or Email: NutriciaNavigator@Nutricia.com

PATIENT INFORMATION

Patient Last Name: _____ Patient First Name: _____ Sex: _____
Date of Birth (MM/DD/YYYY): _____ Street Address: _____
City: _____ State: _____ Zip: _____ Home Phone: _____ Cell Phone: _____
Authorized Patient Representative: _____ Relationship to Patient: _____ Phone: _____
Where is the patient: Home Long Term Care Facility Discharged From Hospital

INSURANCE INFORMATION Please fill this section out completely, or provide a copy (front and back) of insurance card

Primary Medical Insurance: _____ Primary Pharmacy: _____
Phone: _____ Phone: _____
Policy Number: _____ Group Number: _____ Policy Number: _____ RX Group Number: _____
Cardholder Name: _____ RX Bin Number: _____ RX PCN Number: _____
Relationship to Cardholder: _____ Relationship to Cardholder: _____

SERVICES REQUESTED

Verify Insurance Benefits Help Finding a Supplier Help with Prior Authorization Other - Please Identify: _____

PRESCRIBER INFORMATION

Prescriber Name: _____ Practice Name: _____ Site Contact: _____
Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Email: _____ Phone: _____ Fax: _____
Tax ID: _____ NPI: _____ PTAN: _____
Prescriber Specialty: _____ Preferred DME Provider: _____

Please include any additional information as required, including but not limited to: growth charts, prior authorization requests/denials, prescription, lab results, officenotes, letter of medical necessity, etc.

PRESCRIPTION INFORMATION

Primary Product Name: _____ Type (powder, liquid): _____ Form (can, pouch): _____
Secondary Product Name (if applicable): _____ Type (powder, liquid): _____ Form (can, pouch): _____
Diagnosis: _____ ICD-10 Code: _____
Amount Needed per Day (check one): _____ calories _____ grams _____ fl oz _____ can(s)/pouch(es)
 _____ case(s) _____ tablets _____ % of Daily Caloric Intake Needs
Route of Administration: Oral Tube Fed Bolus Gravity Pump
*If Real Food Blends Product: Primary Source of Nutrition Standard Formula Supplementation

Dmd I certify that the above nutrition therapy information is medically necessary for this patient. I authorize the Nutricia Navigator to act on my behalf for the limited purposes of transmitting the above prescription by any means under applicable law to the appropriate pharmacy/DME(s) designated by me, the patient, or the patient's plan. Prescriber attests this is his/her legal signature.

Prescriber Signature: _____ Date: _____

AUTHORIZATION TO DISCLOSE AND USE MEDICAL INFORMATION

This Authorization allows my healthcare providers and my durable medical equipment or pharmaceutical suppliers (together, "healthcare providers") and health plans to disclose to Nutricia North America, Inc. and its third party contractors, agents, and assignees (together, "Nutricia") protected health information ("PHI") about me related to my use or need for the products covered by Nutricia's Navigator Program. My PHI will include spoken or written facts, copies of my medical or other records from my healthcare providers, health plan or other sources outlining my medical history, treatment/management plan and other social determinants of health, as well as my insurance benefits and coverage information. The purpose of the disclosure and use set out above is to allow Nutricia to verify and/or obtain insurance coverage for the Nutricia products specified and to advise Nutricia with regards to the best form of communication to meet my needs.

I understand that: (1) Once my PHI has been disclosed to Nutricia it may no longer be protected by federal privacy law and may be re-disclosed by Nutricia as a result. (2) I can refuse to sign this Authorization without impacting the start, continuation, or quality of my treatment, payment for treatment, clinic or insurance enrollment, or eligibility for insurance benefits or coverage because my healthcare provider and/or health plan cannot condition treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits on whether I sign this Authorization, but I will not be able to receive services from Nutricia Navigator. (3) I may revoke, cancel or withdraw this Authorization at any time and for any reason by sending a signed written letter to Nutricia at the following address: 45610 Woodland Road, Suite 320, Sterling, VA 20166. (4) If I cancel this Authorization, such cancellation will not change any actions that Nutricia or others took in reliance upon this Authorization before the date that I cancelled this Authorization. (5) This Authorization expires when my consideration for or participation in Nutricia Navigator ends. (6) I have the right to receive a copy of this form from Nutricia.

Consent to Income Verification for the Nutricia Patient Assistance Program Qualification: if I am seeking or eligible for financial assistance into the Patient Assistance Program, Nutricia has my permission to obtain credit reports about me from credit reporting agencies to estimate my income for determination of my eligibility for financial assistance through the program. Regardless of whether a credit report is obtained, Nutricia has the right to require written proof of income (ie, Form 1040, W-2, or other documents) in connection with a financial eligibility determination both prior to acceptance into the Nutricia Patient Assistance Program or during my enrollment in the program.

I give my permission to allow Nutricia to provide me with information about Nutricia products, disease education and awareness management programs, and promotional materials related to my condition or treatment.

Patient Signature (if 18 or over) or Patient's Representative: _____ Date: _____
Relationship to Patient: _____

Where did you learn about the Navigator?

Form submitted by:

Hospital Dialysis Clinic Healthcare Provider Office Patient DME

Contact Name: _____ Contact Number: _____

¿Tiene preguntas? Llame al 800-365-7354, de lunes a viernes, de 9a.m. a 6p.m., hora del este

Todos los campos son obligatorios. Envíe el formulario completado a:
Fax: 833-869-0554 o **correo electrónico:** NutriciaNavigator@Nutricia.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido del paciente: _____ Nombre del paciente: _____ Sexo: _____

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____

Representante autorizado del paciente: _____ Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

¿Dónde está el paciente? Hogar Centro de atención a largo plazo Dado de alta del hospital

INFORMACIÓN DEL SEGURO Complete esta sección por completo o provea una copia (frente y dorso) de la tarjeta del seguro

Seguro médico principal: _____ Farmacia primaria: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____ Número de póliza: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____ Número de grupo de prescripción: _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____ Número de contenedor: _____ Número de control de procesos: _____

Relación con el titular de la tarjeta: _____ Número de bin de la prescripción: _____

SERVICIOS SOLICITADOS

Verificar beneficios del seguro Ayudar a encontrar un proveedor Ayudar con la autorización previa

Otro (Por favor, identifique): _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

Nombre del prescriptor: _____ Nombre del consultorio: _____ Contacto del centro: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Identificación fiscal: _____

N.º de identificación nacional del proveedor (National Provider ID, NPI): _____

N.º de acceso del proveedor para transacciones (Provider Transaction Access Number, PTAN): _____

Especialización del médico que emite las recetas: _____ Proveedor preferido de DME: _____

Por favor, incluya cualquier información adicional, según requerida, incluyendo pero no limitado a: gráficas de crecimiento, solicitudes/rechazos de autorización previa, recetas, resultados de laboratorio, notas del consultorio, cartas de necesidad médica, etc.

INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN

Nombre del producto principal: _____ Tipo (polvo, líquido): _____ Formulario (lata, bolsa): _____

Nombre del producto secundario (si aplica): _____ Tipo (polvo, líquido): _____ Formulario (lata, bolsa): _____

Diagnóstico: _____ ICD-10: _____

Cantidad necesaria por día (marque una opción): _____ calorías _____ gramos _____ fl oz _____ lata(s)/bolsa(s)

_____ caja(s) _____ tabletas _____ % de necesidades diarias de ingesta calórica

Vía de administración: Oral Alimentación por tubo Bolo Gravedad Bomba

Si es un producto de Real Food Blends: Fuente primaria de nutrición Suplementación con fórmula estándar

Dmd Certifico que la información sobre la terapia nutricional proporcionada anteriormente es médicamente necesaria para este paciente. Autorizo a Nutricia Navigator a actuar en mi nombre con el fin limitado de transmitir la receta anterior por cualquier medio en virtud de la ley aplicable a la farmacia/DME designados por mí, el paciente o el plan del paciente. El médico que emite las recetas certifica que esta es su firma legal.

Firma del médico que emite las recetas: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y USAR INFORMACIÓN MÉDICA

Esta Autorización permite que mis proveedores de atención médica y mis proveedores de equipos médicos duraderos o farmacéuticos (en conjunto, "proveedores de atención médica") y planes de salud divulguen a Nutricia North America, Inc. y a sus contratistas, agentes y cesionarios terceros (en conjunto, "Nutricia") información médica protegida (protected health information, "PHI") sobre mí relacionada con el uso o la necesidad de productos cubiertos por el Programa Navigator de Nutricia. Mi PHI incluirá datos en formato escrito u oral, copias de mis registros médicos u otros registros de mis proveedores de atención médica o plan de salud que describan mi historial médico, médicos o plan de tratamiento/manejo, así como también la información sobre mis beneficios y cobertura del seguro. El propósito de la divulgación y el uso establecidos anteriormente es permitir que Nutricia verifique y/o obtenga cobertura de seguro para los productos de Nutricia especificados y asesorar a Nutricia acerca de la mejor forma de comunicación para cubrir mis necesidades.

Entiendo que: (1) Una vez que mi PHI se haya divulgado a Nutricia, es posible que ya no esté protegido por la ley federal de privacidad y, como resultado, Nutricia puede volver a divulgarla. (2) Puedo negarme a firmar esta Autorización sin afectar el inicio, la continuación o la calidad de mi tratamiento, el pago del tratamiento, la inscripción en la clínica o el seguro o la elegibilidad para recibir beneficios o cobertura del seguro debido a que mi proveedor de atención médica y/o plan de salud no pueden condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios respecto de si firmo esta Autorización, pero no podré recibir servicios de Nutricia Navigator. (3) Puedo revocar, cancelar o retirar esta Autorización en cualquier momento y por cualquier motivo enviando una carta por escrito firmada a Nutricia a la siguiente dirección: 45610 Woodland Road, Suite 320, Sterling, VA 20166. (4) Si cancelo esta Autorización, dicha cancelación no cambiará ninguna acción que Nutricia u otras personas hayan tomado en relación con esta Autorización antes de la fecha en que cancelo esta Autorización. (5) Esta Autorización vence cuando finaliza mi consideración o participación en Nutricia Navigator. (6) Tengo derecho a recibir una copia de este formulario por parte de Nutricia.

Consentimiento para la verificación de ingresos para la calificación del Programa de Asistencia al Paciente de Nutricia: si estoy buscando o reúno los requisitos para recibir asistencia financiera en el Programa de Asistencia al Paciente, Nutricia tiene mi permiso para obtener informes crediticios sobre mí de agencias de informes de crédito para estimar mis ingresos a fin de determinar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera a través del programa. Independientemente de que se obtenga o no un informe de crédito, Nutricia tiene derecho a solicitar una prueba de ingresos por escrito (es decir, formulario 1040, W-2 u otros documentos) en conexión con una determinación de elegibilidad financiera tanto antes de la aceptación en el Programa de Asistencia al paciente de Nutricia como durante mi inscripción en el programa.

Otorgo mi permiso para que Nutricia me brinde información sobre los productos de Nutricia, los programas de concientización y manejo de enfermedades, y los materiales promocionales relacionados con mi afección o tratamiento.

Firma del paciente (si tiene 18 años o más) o representante del paciente: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

¿Dónde aprendiste sobre el Navigator?

Formulario presentado por:

Hospital Clínica de Diálisis Oficina del Proveedor de atención médica Paciente DME

Nombre de contacto: _____ Número de contacto: _____