

Complete este formulario detenidamente y en su totalidad para evitar demoras en el procesamiento de su solicitud. Marque todas las casillas que correspondan. Si va a completar este formulario a mano, escriba en letra de imprenta de la manera más clara posible y marque las casillas que correspondan.

Última actualización
septiembre del 2024

DESPUÉS DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO, ENVÍE POR FAX ESTA PÁGINA JUNTO CON LAS PÁGINAS 3 Y 4 AL 1-833-329-2360.

1 Servicios de Access 360

¿Cómo obtendrá FASENRA?

- ☐ **Farmacia especializada** (Complete la **Información de prescripción** en la Sección 6)
- ☐ **Compra y facturación** (FASENRA se debe comprar directamente en el consultorio)
- ☐ **No lo sé/No lo he decidido** (Access 360 investigará las opciones de farmacia especializada y de compra y factura)

¿Qué servicios solicita? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- ☐ **macia especializada e investigación de autorización de seguros** (en función de la formulación preferida y el método de adquisición, Access 360 investigará los beneficios farmacéuticos y/o médicos para su paciente).
- ☐ **Seguimiento de la autorización del seguro con asistencia en apelaciones** (Access 360 se comunicará con el plan del paciente para rastrear el estado de la autorización requerida. Se debe completar la **autorización del paciente** en la Sección 2 para este servicio).
- ☐ **Clasificación de farmacias especializadas** (Access 360 clasificará la derivación a la farmacia especializada correspondiente. Complete la **Información de prescripción** en la Sección 6)
- ☐ **Suministro limitado gratuito** (recibe un suministro gratuito a corto plazo de FASENRA mientras los pacientes esperan las determinaciones de cobertura del seguro [comercial o financiado por el Gobierno] o si se les niega el acceso inmediato por cualquier otro motivo).

2 Información del paciente

Nota importante: Proporcione una dirección de correo electrónico del paciente válida.

Nombre del paciente:		Inicial del segundo nombre del paciente:		Apellido del paciente:		
Fecha de nacimiento del paciente:		Sexo al nacer:		Prefiero no responder		
MM DD AAAA		☐ H ☐ M		☐		
Dirección del paciente:						
Apto./Suite/Unidad del paciente:		Ciudad donde vive el paciente:		Estado del paciente:		Código postal del paciente:
N.º de teléfono del paciente:		☐ Fijo ☐ Celular		Mejor momento para llamar:		☐ Mañana ☐ Mediodía ☐ Tarde
Correo electrónico del paciente:						
Idioma de preferencia (si no es inglés):		¿Está de acuerdo con que se llame al paciente?:		☐ Sí ☐ No		¿Está de acuerdo con que se deje un mensaje de voz detallado?: ☐ Sí ☐ No
Nombre del contacto alternativo:				Apellido del contacto alternativo:		
Relación con el paciente:						

Autorización del paciente

He leído y acepto la Autorización del paciente incluida en la página 2.



Firma del paciente o representante legal:

Fecha de hoy:

MM DD AAAA

Nombre del paciente o representante legal:

Apellido del paciente o representante legal:

Programa de apoyo FASENRA 360 (Programa de ahorro y servicios adicionales)

☐ He leído y acepto la autorización del programa de apoyo de la página 2.

Escanee el código QR para agregar Access 360 a la lista de contactos de su teléfono inteligente.



Si el paciente no puede firmar, puede visitar www.azpatientsupport.com o llamar al 1-833-360-4357 para completar las autorizaciones.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Autorizo a los proveedores de atención médica (health care providers, HCP) y al personal, al plan de salud y a las farmacias a usar y compartir Información médica protegida (mi “Información”) con AstraZeneca (incluido AstraZeneca Access 360™) y sus filiales, así como sus contratistas (“AstraZeneca”) y las farmacias pueden recibir pagos de AstraZeneca a cambio de compartir mi Información o proporcionar servicios de apoyo, que pueden considerarse mercadotecnia conforme a esta Autorización. Mi Información incluye mis registros médicos relacionados con medicamentos recetados, información sobre los beneficios de mi plan de atención médica, datos demográficos, de contacto y cualquier otra información relacionada con mi salud. Mi Información puede usarse para verificar el tratamiento y las decisiones de pago con mis HCP, investigar y ayudar con la coordinación de la cobertura de los productos de AstraZeneca, coordinar el cumplimiento de recetas y la asistencia financiera, coordinar el apoyo educativo de enfermería; y realizar análisis internos en AstraZeneca para satisfacer mejor las necesidades de los pacientes. Entiendo y acepto que AstraZeneca puede comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico, teléfono y mensaje de texto. Entiendo que las leyes federales de privacidad pueden no proteger mi Información una vez que se divulgue; sin embargo, AstraZeneca acepta proteger mi Información usándola y divulgándola solo para los fines especificados. Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que esto no afectará mi tratamiento, el pago del tratamiento, la cobertura del seguro ni la elegibilidad para los beneficios. Sin embargo, si no firmo esta Autorización, no podré recibir asistencia de AstraZeneca Access 360™. Comprendo que puedo solicitar una copia o cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al 1-800-236-9933 o enviando una carta en la que se solicita dicha cancelación a AstraZeneca Access 360™ a One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878. Comprendo que dicha cancelación no se aplicará a la Información ya utilizada o divulgada en función de esta Autorización antes de recibir la cancelación. Esta Autorización vence dos (2) años a partir de la fecha de firma, a menos que la ley estatal exija un período más corto.

AUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA DE APOYO FASENRA 360

Al brindar mi consentimiento, comprendo que puedo recibir información y apoyo continuos relacionados con mi afección, lo que incluye, entre otros, proporcionarme materiales educativos y promocionales, información, ofertas especiales y servicios relacionados con mi afección médica o tratamiento, así como con fines de investigación de mercado, lo que incluye contactarme para participar en grupos de enfoque, encuestas o entrevistas. Esto puede incluir que AstraZeneca o un tercero que trabaje en nombre de AstraZeneca se comunique conmigo por correo, teléfono, correo electrónico y/o mensaje de texto en relación con los programas de apoyo de AstraZeneca que pueden ser de mi interés. Doy mi consentimiento para recibir llamadas y mensajes de texto comerciales y no comerciales de AstraZeneca o de un tercero en su nombre, realizados con un marcador automático o con voz pregrabada, a los números de teléfono proporcionados. Visite [FASENRASMS.com](https://www.fasenrasms.com) para revisar los términos y condiciones para celulares de FASENRA 360. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos. Mi Información también se puede utilizar para realizar análisis internos en AstraZeneca. Comprendo que puedo negarme a proporcionar esta Autorización y que esto no afectará mi tratamiento, el pago del tratamiento, la cobertura del seguro ni la elegibilidad para los beneficios. Entiendo que mi consentimiento no es necesario ni una condición para la compra. Comprendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al 1-800-236-9933 o enviando una carta para solicitar dicha cancelación a AstraZeneca Access 360™ a One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878. La Información proporcionada por AstraZeneca no reemplaza la conversación con su proveedor de atención médica sobre su tratamiento o afección. AstraZeneca no recopilará, usará ni divulgará a sabiendas información de identificación personal de un menor de 18 años. Si usted es menor de 18 años, pídale a sus padres, su tutor o su proveedor de atención médica que soliciten la información en su nombre. Visite www.globalprivacy.astrazeneca.com para revisar nuestro Aviso de privacidad.

Nombre del paciente:	Apellido del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:	MM	DD	AAAA
----------------------	------------------------	-----------------------------------	----	----	------

DESPUÉS DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO, ENVÍE POR FAX ESTA PÁGINA JUNTO CON LAS PÁGINAS 1 Y 4 AL 1-833-329-2360.

3 Información del seguro

☐

EL PACIENTE NO TIENE SEGURO

Complete la información a continuación e incluya copias del **frente** y **reverso** de todas las tarjetas médicas y de farmacia.

Si su paciente no tiene cobertura para medicamentos recetados o tiene Medicare y no puede pagar sus medicamentos, AZ&Me™ podría ayudarlo. Visite www.azandmeapp.com o llame al 1-800-292-6363 para obtener más información.

Especifique la cobertura del paciente:

☐ Seguro comercial/privado	☐ Medicare/Medicaid/TRICARE	
Seguro médico principal	Seguro médico secundario	Seguro de farmacia (BIN con receta médica/PCN con receta médica)
Proveedor de seguros		
N.º de teléfono del seguro		
Nombre del titular de la tarjeta (si no es el paciente)		
Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta		
N.º de póliza		
N.º de grupo		
BIN con receta médica/PCN con receta médica	X	X
		BIN con receta médica: PCN con receta médica:

4 Información del médico que receta

Al completar este formulario, certifico que **(1)** recibí la autorización necesaria para divulgar la información incluida en este formulario y otra Información médica protegida relacionada (según la definición de HIPAA) a Apoyo al paciente de AstraZeneca en EE. UU, incluidos empleados, contratistas o filiales de AstraZeneca y planes de atención médica para programas, farmacias dispensadoras u otras entidades con fines de tratamiento y apoyo para el pago, y **(2)** obtuve la autorización necesaria para permitir que Apoyo al paciente de AstraZeneca en EE. UU se comuniquen con el paciente o cuidador, si no se incluye con esta presentación, para obtener una Autorización del paciente firmada.

Nombre del proveedor:	Sufijo del proveedor:		
Apellido del proveedor:			
Nombre del consultorio:	N.º de teléfono del consultorio:		
Calle donde se encuentra el consultorio:			
Suite/Unidad:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del personal del consultorio:			
N.º de teléfono del personal del consultorio:	N.º de fax del personal del consultorio:		
N.º de NPI del médico que receta:	N.º de proveedor de Medicare (PTAN):		
N.º de NPI del grupo:	N.º de identificación fiscal:		

Nombre del paciente:	Apellido del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:	MM	DD	AAAA
----------------------	------------------------	-----------------------------------	----	----	------

DESPUÉS DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO, ENVÍE POR FAX ESTA PÁGINA JUNTO CON LAS PÁGINAS 1 Y 3 AL 1-833-329-2360.

5 Información clínica

Tenga en cuenta lo siguiente: Es posible que se necesiten notas clínicas de apoyo o notas de progreso para el envío de la Autorización del profesional que receta.

☐ Recuento de eosinófilos:	células/μl	Prueba más reciente:	MM	DD	AAAA
☐ J45.50 Asma grave persistente, sin complicaciones	☐ J45.51 Asma grave persistente con exacerbación (aguda)	☐ J82.83 Asma eosinofílica			
☐ M30.1 Poliarteritis con afectación pulmonar [EGPA/Churg-Strauss]	Otro:	¿El paciente depende de los corticosteroides sistémicos?	☐ Sí	☐ No	

6 Información de prescripción

Complete esta sección si utiliza una Farmacia especializada para obtener FASENRA.

Receta médica de FASENRA® (benralizumab)

Indique su preferencia de formulación. Si la formulación que seleccionó no está cubierta, Access 360 investigará la alternate formulation.

☐ Autoinyector FASENRA Pen ☐ Jeringa precargada (prefilled syringe, PFS) ☐ Ambos **Nota:** Si el paciente con asma eosinofílica severa tiene entre los 6 y 11 años de edad y pesa 35 kg o más, la pluma para autoinyección debe administrarla un cuidador o proveedor de atención médica.

Asma eosinofílica severa (AES) ☐ Jeringa precargada de dosis única de 30 mg/ml; administrada en el consultorio (NDC de 10 dígitos: 0310-1730-30) Para pacientes de 6 años de edad, o más, que pesen ≥35 kg ☐ Pluma para autoinyección de dosis única de 30 mg/ml; administrada por el paciente o un cuidador (NDC de 10 dígitos: 0310-1830-30) Para pacientes de 6 años de edad, o más, que pesen ≥35 kg	☐ Dosis de carga: inyectar 30 mg SC cada 4 semanas durante las primeras 3 dosis ☐ Dosis de mantenimiento: inyectar 30 mg SC cada 8 semanas a partir de entonces	Cantidad: ☐ 1 PFS/pluma para autoinyección ☐ 3 PFS/pluma para autoinyección Recargas:
Dosificación pediátrica (de 6 a 11 años, <35 kg): Asma eosinofílica severa (AES) ☐ Jeringa precargada de dosis única de 10 mg/0.5 ml; administrado en el consultorio (NDC de 10 dígitos: 0310-1730-01) Para pacientes de 6 a 11 años de edad, que pesen <35 kg	☐ Dosis de carga: inyectar 10 mg SC cada 4 semanas durante las primeras 3 dosis ☐ Dosis de mantenimiento: inyectar 10 mg SC cada 8 semanas a partir de entonces	☐ 1 PFS/pluma para autoinyección ☐ 3 PFS/pluma para autoinyección Recargas:
Granulomatosis eosinofílica con poliangitis (EGPA) ☐ Jeringa precargada de dosis única de 30 mg/ml; administrada en el consultorio (NDC de 10 dígitos: 0310-1730-30) Para pacientes de 18 años en adelante ☐ Pluma para autoinyección de dosis única de 30 mg/ml; administrada por el paciente o un cuidador (NDC de 10 dígitos: 0310-1830-30) Para pacientes de 18 años en adelante	☐ Inyectar 30 mg SC cada 4 semanas	☐ 1 PFS/pluma para autoinyección ☐ 3 PFS/pluma para autoinyección Recargas:

¿El paciente inició el tratamiento?	☐ Sí	☐ No	Si la respuesta es sí, ¿cuántas dosis ha recibido el paciente?	Fecha de la última inyección:	MM	DD	AAAA
-------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--	-------------------------------	----	----	------

Alergias conocidas:

Opcional: solicitud de suministro limitado gratuito (FLS)

El suministro limitado gratuito (Free Limited Supply, FLS) está disponible para pacientes elegibles que enfrentan una demora en la aprobación de su compañía de seguros para FASENRA.

FASENRA® (benralizumab) Cantidad:

Instrucciones de dosificación:

Lea la **Autorización del profesional que receta** a continuación antes de firmar.

Nombre del emisor de la receta:

Apellido:

N.º de NPI:

N.º de licencia estatal:



Firma del profesional que receta (distribuir como se indica):

Firma del profesional que receta (se permite la sustitución):

Fecha:

MM DD AAAA

AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL QUE RECETA

Autorizo al programa Access 360™ a enviar la receta adjunta en mi nombre y a recibir información sobre el estado y asuntos relacionados. Al firmar la página anterior, certifico que el medicamento recetado en este formulario es necesario por razones médicas en función de mi criterio médico independiente, y he recibido la autorización necesaria para divulgar la información incluida en este formulario y otra información médica protegida (según la definición de HIPAA) a Access 360™, la farmacia dispensadora u otros contratistas con el fin de solicitar un reembolso o ayudar a iniciar o continuar el tratamiento. Los médicos son los únicos responsables de garantizar la exactitud de la información presentada.

Verifico que la información proporcionada en este formulario es correcta. Comprendo que el paciente debe tener un diagnóstico consistente con una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para que FASENRA sea elegible para un suministro limitado gratuito. También comprendo que debo enviar una receta que cumpla con la ley estatal. No se solicitó el reembolso del costo del producto administrado al paciente mencionado anteriormente en las fechas indicadas y no se solicitará a ninguna fuente. Además, comprendo que AstraZeneca se reserva el derecho de realizar auditorías periódicas de los registros, excluyendo los datos identificables del paciente (a menos que la autorización del paciente esté archivada en Access 360™), de todas las entidades que reciben un suministro limitado gratuito. Comprendo que AstraZeneca se reserva el derecho de modificar o revocar este programa en cualquier momento sin previo aviso. Mi firma confirma que este producto se le proporcionó sin cargo a este paciente. (No se permite el uso de un sello de firma ni la firma en nombre del médico que receta).

Después de completar y enviar por fax las páginas correspondientes, es posible que deba proporcionar información adicional según el tipo de apoyo solicitado.

UNA VEZ COMPLETADO Y FIRMADO, ENVÍE POR FAX LAS PÁGINAS 1, 3 Y 4 AL 1-833-329-2360.



1-833-360-HELP (1-833-360-4357)



1-833-FAX-A360 (1-833-329-2360)



Access360@AstraZeneca.com



www.FasenraResources.com



One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878