

### Instrucciones de uso:

- Utilice esta Hoja de portada para inscribir a un paciente en el Programa de ahorro para pacientes denegados después de que se le haya denegado la apelación de su autorización previa (prior authorization, PA).
- Envíe por fax la solicitud completada al Denied Patient Savings Program al 1-833-329-2360. La solicitud completa **debe** incluir lo siguiente:
  - ☐ Este formulario, completado y firmado.
  - ☐ El Formulario de inscripción original de FASENRA Access 360, incluida la Información de prescripción completada.
  - ☐ Copias de la denegación de su PA y la denegación de apelación de su PA.
  - ☐ Autorización del paciente firmada (consulte la Sección 2 del Formulario de inscripción de FASENRA Access 360). Este no es un requisito para completar la inscripción en el programa, **pero será obligatorio para los próximos resurtidos.**
  - ☐ Si el paciente no firmó el formulario de autorización del paciente que se encuentra en la Sección 2 del Formulario de inscripción de FASENRA Access 360, este puede llamar al 1-833-360-4357 para proporcionar una autorización verbal del paciente o visitar [www.azpatientsupport.com](http://www.azpatientsupport.com) para proporcionar una autorización electrónica del paciente.
- **La inscripción del paciente se retrasará** si el formulario completado, el Formulario de inscripción de FASENRA Access 360 y las cartas de denegación no se envían al mismo tiempo.
- Nota: Si tenía la intención de hacer compra y factura para este paciente, incluya una nueva receta e indique la fecha en que se envió la PA original.
- Se le notificará que el paciente cumple con los requisitos del programa en un plazo de 2 días desde la recepción de una solicitud **completa.**
- El apoyo del programa incluye una Investigación de beneficios periódica para identificar un posible cambio en la cobertura. Si se identifica un cambio en la cobertura, se comunicarán con usted a fin de iniciar una PA nueva para el paciente. Si se aprueba la PA, se hará la transición del paciente a la cobertura mediante los beneficios de su seguro.

**1 Información del paciente** Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Información del seguro** ☐ Incluya copias del frente y el dorso de todas las tarjetas médicas y de farmacia.

☐ HMO ☐ PPO ☐ Medicare/Medicaid ☐ Tricare ☐ Sin seguro

Nombre del seguro médico principal: \_\_\_\_\_ N.º de ID del suscriptor: \_\_\_\_\_ N.º de grupo/póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro médico secundario: \_\_\_\_\_ N.º de ID del suscriptor: \_\_\_\_\_ N.º de grupo/póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro de farmacia: \_\_\_\_\_ N.º de ID del suscriptor: \_\_\_\_\_ N.º de grupo/póliza: \_\_\_\_\_

### 2 Información del emisor de la receta

Nombre: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Nombre del consultorio: \_\_\_\_\_ Nombre del contacto del consultorio: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

N.º de Teléfono 1: \_\_\_\_\_ N.º de Teléfono 2: \_\_\_\_\_

N.º de fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto alternativo del consultorio: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono del contacto alternativo del consultorio: \_\_\_\_\_ Correo electrónico del contacto alternativo del consultorio: \_\_\_\_\_

Al completar este formulario, certifico que (1) recibí la autorización necesaria para divulgar la información que se incluye en este formulario y otra Información médica protegida (según la definición de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]) relacionada con AstraZeneca Access 360™, incluidos los empleados, contratistas o afiliados de AstraZeneca y los planes de atención médica de programas, farmacias dispensadoras u otras entidades con fines de tratamiento y asistencia de pago; y (2) obtuve todas las autorizaciones necesarias para permitir que Access 360™ se comunicara con el paciente, si no se incluye en esta presentación, a fin de obtener un Formulario de autorización del paciente de Access 360 firmado.



**Nombre del proveedor de atención médica:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Una vez que este formulario esté completado y firmado, envíelo por fax junto con el Formulario de inscripción de FASENRA Access 360 y copias de la denegación de la PA y la apelación de la PA al **1-833-329-2360**.

Si tiene preguntas sobre el Programa de ahorro para pacientes denegados, comuníquese con Access 360 llamando al **1-833-360-4357**.

Los pacientes que participan en el Programa de ahorro para pacientes denegados recibirán FASENRA a través de Optum Specialty Pharmacy.

Si tiene preguntas sobre el estado de la solicitud, comuníquese con Optum Specialty Pharmacy llamando al **855-427-4682**.