

Complete el formulario, firme y envíe por fax todas las páginas al **1-833-329-2360**. Si desea realizar preguntas o necesita ayuda, llame a Access 360 de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del este) al **1-833-360-4357**.

Servicios requeridos
(marque todas las opciones que correspondan)

Inicio del paciente:

- Investigación de beneficios con autorización previa de la investigación de autorización** (Access 360 investigará el beneficio médico y de farmacia para su paciente y brindará la información que se usará para completar la autorización previa del paciente)
- Investigación de farmacia y priorización** (Access 360 determinará la farmacia especializada para el paciente y presentará la derivación)
- Seguimiento de la autorización previa*** (Access 360 se comunicará con el pagador para hacer un seguimiento del estado de la autorización previa del paciente)

*solo puede completar si el paciente firma la Autorización del paciente a continuación

Servicios adicionales:

- Reclamaciones y asistencia para la facturación.
- Asistencia para apelaciones

Para inscribirse en AZ&Me™ (Programa de Asistencia para Pacientes), visite www.azandmeapp.com. (Sujeto a reglas de elegibilidad).

1 Información del paciente

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento del paciente: ____ / ____ / ____ Sexo: M F
 Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 N.º de teléfono preferido: Particular Celular _____ Correo electrónico del paciente: _____
 Nombre de un contacto alternativo: _____ Relación con el paciente: _____
 N.º de teléfono del contacto alternativo: _____ Idioma preferido del paciente (si no es inglés): _____ ¿Podemos comunicarnos con el paciente? Sí No
 ¿Podemos dejar un correo de voz detallado? Sí No ¿Ha recibido el paciente el Paquete de bienvenida? Sí No Preferencia de vía de comunicación: C. electrónico Mens. de texto Ambos**No se requiere

Autorización del paciente

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

_____/_____/_____
 Firma del paciente/representante legal MM DD AAAA
 Nombre en letra de imprenta/relación con el paciente (si corresponde)

Programas de asistencia (Programa de Ahorros y Servicios Adicionales)

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

_____/_____/_____
 Firma del paciente/representante legal MM DD AAAA
 Nombre en letra de imprenta/relación con el paciente (si corresponde)

2 Información clínica

Código de diagnóstico ICD-10: J45.50 Asma grave persistente, sin complicaciones Otro _____
 J45.51 Asma grave persistente con exacerbación (aguda) Cantidad de exacerbaciones por asma (se necesitó el uso de corticosteroides sistémicos u hospitalización) en los últimos 12 meses: _____
 Recuento de eosinófilos: _____ células/µl Fecha de la prueba: ____/____/____

3 Información de seguros Incluya copias del frente y dorso de todas las tarjetas médicas y de farmacias o complete esta sección.

- Seguro comercial/privado Medicare/Medicaid/Tricare Sin seguro

	Seguro médico principal	Seguro médico secundario	Seguro de farmacia
Proveedor de seguros			
N.º de teléfono del seguro			
Nombre del titular de la tarjeta (si no es el paciente)			
Fecha de nacimiento (Date of Birth, DOB) del titular de la tarjeta			
N.º de póliza			
N.º de grupo			
BIN/PCN	X	X	

4 Información del proveedor Nombre del emisor de la receta: _____ Especialidad: _____

Nombre de la práctica médica: _____ N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____
 Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Nombre del personal administrativo del proveedor de atención médica (health care provider, HCP) autorizado: _____ Teléfono del personal administrativo del HCP autorizado: _____
 Correo electrónico del personal administrativo del HCP autorizado: _____
 N.º de Identificador nacional de proveedores del emisor de la receta: _____
 N.º de identificación fiscal: _____ N.º de proveedor de Medicare (PTAN): _____ N.º de otro proveedor específico del pagador: _____

Al firmar este formulario, certifique que: (1) he recibido la autorización necesaria incluida en este formulario y otra información médica protegida relacionada (según la definición de la HIPAA) con Access 360, incluidos empleados, contratistas o afiliados de AstraZeneca y los planes de salud para los programas, farmacias de despacho u otras entidades, a los efectos del tratamiento y la ayuda de pago, y (2) he obtenido todas las autorizaciones necesarias para permitir que Access 360 se comunique con el paciente, si no está incluido con esta presentación, para obtener un Formulario de autorización de Access 360 firmado por el paciente.

Nombre del personal administrativo del HCP autorizado: _____

Firma del personal administrativo del HCP autorizado: _____ **Fecha:** ____/____/____

Autorización del paciente

Autorizo a mis proveedores de atención médica (HCP) y el personal, a mi plan de salud y a mis farmacias a utilizar y compartir mi información médica protegida (mi “Información”) con AstraZeneca (incluido Access 360) y sus filiales y contratistas (“AstraZeneca”). Mi Información incluye los registros de salud relacionados con las recetas, información acerca de los beneficios de mi plan de atención médica, características demográficas, información de contacto y cualquier otra información relacionada con mi salud. Mi Información podría utilizarse para verificar con mis HCP el tratamiento y las decisiones de pago; investigar y asistir en la coordinación de la cobertura para productos de AstraZeneca; realizar un seguimiento del cumplimiento de la receta y asistencia financiera; y realizar un análisis interno en AstraZeneca para satisfacer mejor las necesidades del paciente. Entiendo y acuerdo que AstraZeneca puede contactarse conmigo por correo, correo electrónico y por teléfono. Entiendo que es posible que las leyes federales de privacidad no protejan mi Información cuando esta se haya divulgado; sin embargo, AstraZeneca acepta proteger mi Información al usarla y divulgarla únicamente para los fines especificados. Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que esto no afectará mi tratamiento ni el pago de este, la cobertura de seguro ni la elegibilidad para recibir beneficios. No obstante, si no firmo esta Autorización, no podré recibir la ayuda de Access 360. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al 1-833-360-HELP o enviando por correo una carta en la que solicite dicha cancelación a Access 360, One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878. Entiendo que una cancelación de este tipo no se aplicará a la Información que ya se haya utilizado o divulgado en función de esta Autorización antes de la recepción de la cancelación. Esta autorización vence dos (2) años después de la fecha de la firma que aparece en la Página 1, a menos que la ley estatal establezca un período de tiempo más breve.

Programas de asistencia

PROGRAMA DE AHORROS DE FASENRA

El Programa de Ahorros de FASENRA está diseñado para facilitar su acceso a FASENRA. Al otorgar su autorización, usted permite que sus proveedores de atención médica, las compañías de seguros y las farmacias utilicen y compartan su información de atención médica con el Programa de Ahorros de FASENRA para que pueda participar en este programa de ahorros. AstraZeneca y las empresas que trabajan en su nombre para este programa de ahorros podrán examinar su información de salud.

Servicios adicionales

Comprendo que es posible que también reciba información y asistencia continuas en relación con mi afección que incluye, entre otros, proporcionarme materiales promocionales y educativos, información, ofertas y servicios especiales relacionados con mi terapia o mi afección médica y para fines de investigación de mercado, lo que incluye comunicarse conmigo para participar en grupos de discusión, encuestas o entrevistas. Esto puede incluir que AstraZeneca o un tercero que trabaje en nombre de AstraZeneca se comuniquen conmigo por teléfono, correo electrónico o mensajes de texto con respecto a los programas de asistencia de AstraZeneca que puedan interesarme. La información proporcionada por AstraZeneca no reemplaza la consulta con su proveedor de atención médica acerca de su tratamiento o afección.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que esto no afectará mi tratamiento ni el pago de este, la cobertura de seguro ni la elegibilidad para recibir beneficios. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al 1-833-360-HELP o enviando por correo una carta en la que solicite dicha cancelación a Access 360, One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878.

Otorgo mi consentimiento para recibir llamadas telefónicas y mensajes de texto no publicitarios y publicitarios de parte de AstraZeneca y Access 360 de AstraZeneca, o en nombre de estas, realizadas con un teléfono de marcación automática o una voz pregrabada, a los números de teléfono proporcionados. Comprendo que mi consentimiento no es obligatorio ni es una condición de compra. Es posible que se apliquen tarifas de mensajería y transferencia de datos. Envíe el mensaje de texto DETENER (STOP) para cancelar la suscripción y AYUDA (HELP) para obtener ayuda.

Ni AstraZeneca ni ningún tercero que trabaje en su nombre venderán o alquilarán su información personal. Visite www.globalprivacy.astrazeneca.com para revisar nuestro Aviso de privacidad.

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

5 Información para la adquisición

¿Cómo obtener FASENRA?

- Proveedor de farmacia especializada (specialty pharmacy provider, SPP) dentro de la red
*Si tiene preguntas sobre los SPP dentro de la red disponibles para su paciente, llame a Access 360 al 1-833-360-4357.
- Compra y facturación (la información de la receta no debe estar completa; consulte Compra y facturación únicamente)
- Estoy seguro/no decidí cómo obtendré FASENRA (Access 360 verificará las opciones de SPP y Compra y facturación)
- Centro de atención alternativo (si elige esta opción, complete la siguiente información)

Si la práctica de administración es diferente de la práctica médica del proveedor, complete esta sección con la información de la práctica de administración: Access 360 no priorizará los resultados de la investigación de beneficios ni programará un centro de atención alternativo enumerado. Access 360 solo confirmará que el centro de atención alternativo forma parte de la red.

Nombre de la práctica médica: _____ Nombre de contacto en el consultorio: _____
 N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____ N.º de identificación fiscal del lugar: _____
 N.º de identificador nacional de proveedores: _____ Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 N.º de proveedor de Medicare (PTAN): _____ N.º de otro proveedor específico del pagador: _____

6 Información sobre recetas

Receta de FASENRA™ (benralizumab)

¿Comenzará el paciente con una muestra? Sí No

- Dosis de carga de 30 mg/ml de solución en una jeringa precargada de dosis única administrada por inyección subcutánea una vez cada 4 semanas durante 3 dosis**

Cantidad: 1 Reposiciones: _____

- Dosis de mantenimiento de 30 mg/ml de solución en una jeringa precargada de dosis única administrada por inyección subcutánea una vez cada 8 semanas**

Cantidad: 1 Reposiciones: _____

Fecha de la última inyección/prevista: _____

Cantidad de dosis recibidas de FASENRA™ (benralizumab) desde la fecha inicial: _____

Alergias conocidas: _____

- Opcional: Solicitud de suministros limitados gratuitos**

Los suministros limitados gratuitos están disponibles para los pacientes elegibles que sufren un retraso en la aprobación por parte de su compañía de seguros para FASENRA

FASENRA™ (benralizumab)

Cantidad: 1

Instrucciones para la dosis: _____

Autorizo al programa Access 360 para que transfiera la receta adjunta a mi nombre a la farmacia elegida anteriormente y para recibir información sobre su estado y asuntos relacionados. Al firmar a continuación, certifico que el medicamento recetado en este formulario es médicamente necesario según mi criterio médico independiente, y he recibido la autorización necesaria para divulgar la información incluida en este formulario y otra información médica protegida (según lo define la HIPAA) a Access 360, la farmacia de despacho u otros contratistas con el propósito de solicitar el reembolso o ayudar a iniciar o continuar la terapia. Los médicos son los únicos responsables de garantizar la exactitud de la información presentada.

Verifico que la información proporcionada en este formulario es precisa. Entiendo que el paciente debe tener un diagnóstico conforme a una indicación para FASENRA aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ser elegible para los suministros limitados gratuitos. También entiendo que debo presentar una receta que cumpla con la ley estatal. El reembolso por el costo del producto administrado al paciente mencionado en la fecha indicada no ha sido solicitado y no se solicitará de ninguna manera. Además, entiendo que AstraZeneca se reserva el derecho de realizar auditorías periódicas de los registros, a excepción de la información de identificación del paciente (a menos que la autorización del paciente esté en el archivo de Access 360), de todas las entidades que reciben suministros limitados gratuitos. Entiendo que AstraZeneca se reserva el derecho de modificar o dejar sin efecto este programa en cualquier momento sin previo aviso. Mi firma certifica que este producto se ofrece a este paciente de forma gratuita. (No se permite el uso del sello o firmar en nombre del emisor de la receta).

Nombre del emisor de la receta: _____

Firma del emisor de la receta: Administrar según lo indicado _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del emisor de la receta: Se permite la sustitución _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Después de completar y firmar el formulario, envíelo por fax al **1-833-329-2360**. Tal vez deba proporcionar información adicional, de acuerdo con el tipo de ayuda solicitada.

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

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

www.FasenraResources.com

Access360@AstraZeneca.com

One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878