

Complete el formulario, firme y envíe por fax todas las páginas al **1-833-329-2360**. Si desea realizar preguntas o necesita asistencia, 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 solicitados
(Marque todo lo que corresponda)

Servicios de inicio del paciente:

- Investigación de beneficios con investigación de autorización previa** (Access 360 investigará tanto la farmacia como el beneficio médico para su paciente, incluidos los requisitos de autorización previa y la farmacia especializada)
- Investigación de farmacia y priorización** (Access 360 determinará la farmacia especializada para el paciente y presentará la derivación. Tenga en cuenta que esto no se aplica a Compra y facturación)
- Seguimiento de autorización previa con apoyo para apelaciones*** (Access 360 se pondrá en contacto con el pagador para hacer un seguimiento del estado de la autorización previa del paciente) *Solo se puede completar si el paciente firma la Autorización del paciente a continuación.

Servicios adicionales:

- Apoyo para reclamaciones y facturación
- Apoyo 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: _____

Número de teléfono preferido: Hogar Celular _____ Correo electrónico del paciente: _____

Nombre de contacto alternativo: _____ Relación con el paciente: _____

N.º de teléfono de contacto alternativo: _____ Idioma preferido del paciente (si no es inglés): _____ ¿Se puede contactar al paciente? Sí No

¿Se puede dejar un correo de voz detallado? Sí No ¿Ha recibido el paciente el kit de bienvenida del paciente? Sí No Preferencia de vía de comunicación (elijá una): Correo electrónico Mensaje de texto Ambos

Autorización del paciente

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

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

He leído y acepto los Programas de apoyo y la Autorización del paciente incluidos en la página 2

★ Firma del paciente/representante legal _____ MM / DD / AAAA

★ Firma del paciente/representante legal _____ MM / DD / AAAA

Nombre en letra de imprenta/relación con el paciente (si corresponde)

Nombre en letra de imprenta/relación con el paciente (si corresponde)

2 Información de seguro Incluya copias del frente y dorso de todas las tarjetas médicas y de farmacia o complete esta sección.

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

	Seguro médico principal	Seguro médico secundario	Seguro de farmacia
Proveedor de seguro			
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/PCN	X	X	

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

Nombre del consultorio: _____ N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del personal administrativo del proveedor de atención médica autorizado: _____ Teléfono del personal administrativo del proveedor de atención médica autorizado: _____

Correo electrónico del personal administrativo del proveedor de atención médica autorizado: _____

N.º de Identificador nacional de proveedores (National Provider Identifier, NPI) del emisor de la receta: _____ N.º de identificación fiscal: _____

N.º de proveedor de Medicare (PTAN): _____ N.º del grupo de NPI: _____ Número de otro proveedor específico del pagador: _____

Al firmar este formulario, certifico 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 atención médica 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 proveedor de atención médica autorizado: _____

★ Firma del personal administrativo del proveedor de atención médica autorizado: _____ Fecha: ____/____/____

Autorización del paciente

Autorizo a mis proveedores de atención médica (HCP) y al 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 proveedores de atención médica 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 del seguro ni la elegibilidad para recibir beneficios. No obstante, si no firmo esta Autorización, no podré recibir el apoyo 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, a 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.

Programa de apoyo de FASENRA 360

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 seguro 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 médica.

Servicios adicionales

Comprendo que es posible que también reciba apoyo e información continua en relación con mi afección que incluye, entre otros, proporcionarme materiales promocionales y educativos, servicios relacionados con mi afección médica o mi terapia, como apoyo con la inyección para la autoadministración 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 apoyo de AstraZeneca que puedan interesarme. Mi Información también puede utilizarse para realizar análisis internos en AstraZeneca. 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 del 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, a One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878.

Otorgo mi consentimiento para recibir llamadas telefónicas y mensajes de texto publicitarios y no 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 un mensaje de texto con la palabra 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 del paciente: _____ Apellido del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: ____/____/____

4 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: ____/____/____

5 Información para la adquisición

Método de administración (elija uno): Jeringa precargada (administrada en consultorio) Pluma (autoadministrada) Me gustaría entender la cobertura de ambos métodos de administración

- Proveedor de farmacia especializada (Specialty Pharmacy Provider, SPP) dentro de la red* (SPP preferido:)
 *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 (no es necesario completar la información de la receta; consulte Compra y facturación únicamente)
- No estoy seguro/no decidí cómo obtendré FASENRA (Access 360 investigará las opciones de SPP y de Compra y facturación)

Lugar de administración (elija uno): Consultorio que emite la receta (jeringa precargada) Hogar del paciente (pluma) Centro de atención alternativo (Alternate Site of Care, ASOC)[†] (Jeringa precargada)

Información del centro de atención alternativo (ASOC) SOLO complete esta sección si el lugar de administración difiere del consultorio que emite la receta.

Centro/consultorio de administración: _____ Nombre del médico que realiza la administración: _____
 N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____ N.º de identificación fiscal del centro: _____
 N.º de NPI: Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 N.º de proveedor de Medicare (PTAN): _____ Número de otro proveedor específico del pagador: _____

[†]Un ASOC es un lugar de administración que difiere del consultorio que emite la receta. Entre los centros de atención alternativos se incluyen un Departamento ambulatorio en el hospital (Hospital-Based Outpatient Department, HOPD), un Centro de inyección alternativo (Alternative Injection Center, AIC) o un consultorio médico que difiere del consultorio que emite la receta. Access 360 **no priorizará** ni comunicará los resultados de la investigación de beneficios o el guión al ASOC mencionado. Access 360 **solo** confirmará que el ASOC está dentro de la red.

6 Información sobre recetas

Receta de FASENRA® (benralizumab)

¿Cuál es su elección **principal**?

- FASENRA® (benralizumab) Jeringa precargada de dosis única de 30 mg/ml administrada en el consultorio (NDC de 10 dígitos: 0310-1730-30)
- FASENRA Pen™ (benralizumab) Autoinyector de dosis única de 30 mg/ml autoadministrado (NDC de 10 dígitos: 0310-1830-30)
 Envíe paño con alcohol y gasa estéril al paciente

¿Ha iniciado este paciente la terapia? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuántas dosis ha recibido el paciente? _____

Dosis de carga de 30 mg/ml de solución en una 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 dosis única administrada por inyección subcutánea una vez cada 8 semanas

Cantidad: 1 Reposiciones: _____

Alergias conocidas: _____

Fecha de la última inyección: ____/____/____

Si la elección principal no está cubierta, ¿cuál es su elección **secundaria**?

- FASENRA® (benralizumab) Jeringa precargada de dosis única de 30 mg/ml administrada en el consultorio (NDC de 10 dígitos: 0310-1730-30)
- FASENRA Pen™ (benralizumab) Autoinyector de dosis única de 30 mg/ml autoadministrado (NDC de 10 dígitos: 0310-1830-30)
 Envíe paño con alcohol y gasa estéril al paciente

Opcional: Solicitud de suministros limitados gratuitos (Free Limited Supply, FLS)

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

FASENRA® (benralizumab)

Cantidad: 1

Instrucciones para la dosis: _____

Lea la autorización del emisor de la receta en la página 4 antes de firmar.

Nombre del emisor de la receta: _____ **N.º de NPI:** _____ **N.º de licencia estatal:** _____

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

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

Autorización del emisor de la receta

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 en la página 3, 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 asistir en el inicio o continuación de la terapia. Los proveedores de atención médica 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 de firma o la firma en nombre del emisor de la receta).

Después de completar y firmar el formulario, envíelo por fax al **1-833-329-2360**. Tal vez deba proporcionar información adicional, según el tipo de apoyo solicitado.

 **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