

Servicio solicitado
(marque solo las opciones que correspondan)

- ☐ Investigación de los beneficios e investigación de la autorización previa
☐ Apoyo para apelaciones ☐ Apoyo de asequibilidad

Para obtener información sobre el Programa de ahorros de AstraZeneca*, visite www.lokelmasavings.com
Para inscribirse en el Programa de ahorros en medicamentos recetados de AZ&Me™ (Programa de asistencia al paciente*), visite www.azandmeapp.com
*Se aplicarán requisitos de elegibilidad.

Complete el formulario, fírmelo y envíe por fax esta página al **1-855-880-5258**.

Si desea realizar preguntas o necesita asistencia, llame al Programa de apoyo My LOKELMA, de lunes a viernes, de 8 A. M. a 6 P. M., hora del este, al **1-844-LOKELMA (1-844-565-3562)**.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

1

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento del paciente: ____ / ____ / ____ Sexo: ☐ M ☐ F
Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
N.º de teléfono preferido: ☐ Teléfono particular ☐ Teléfono móvil _____ 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 dejar un correo de voz detallado? ☐ Sí ☐ No Preferencia de vía de comunicación: ☐ Correo electrónico ☐ Mensaje de texto ☐ Ambos

Autorización del paciente

He leído y acepto la Autorización del paciente incluida en la página 2, sección 5.

Firma del paciente/representante legal MM DD AAAA

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

Inscripción al Programa de apoyo

He leído y acepto la Inscripción al Programa de apoyo incluida en la página 2, sección 6.

Firma del paciente/representante legal MM DD AAAA

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

INFORMACIÓN DEL SEGURO

2

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	

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

3

Nombre del emisor de la receta/proveedor de atención médica: _____ Especialidad: _____
Nombre de la práctica médica: _____
Nombre de contacto en el consultorio: _____
Dirección: _____
N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____

Al firmar este formulario, certifico que: (1) he recibido la autorización necesaria para divulgar la información incluida en este formulario y otra información médica protegida relacionada (según la definición de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]) a AstraZeneca Access 360, incluidos empleados, contratistas o filiales 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 AstraZeneca Access 360 se ponga en contacto con el paciente o el cuidador, si no está incluido con esta presentación, para obtener una Autorización del paciente firmada.

Firma del proveedor de atención médica: _____

Fecha: _____

SECCIÓN DE INFORMACIÓN CLÍNICA

4

Diagnóstico: _____
ICD-10-CM: _____

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

5 Autorizo a mis proveedores de atención médica (health care providers, 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 AstraZeneca 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; coordinar el apoyo educativo del personal de enfermería; 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, teléfono y mensaje de texto. 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 el apoyo de AstraZeneca Access 360. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al 1-800-236-9933 o enviando por correo una carta en la que solicite dicha cancelación a AstraZeneca Access 360 en 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, a menos que la ley estatal establezca un período de tiempo más breve.

INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE APOYO

6 Al otorgar consentimiento, comprendo que es posible que reciba información y apoyo continuos en relación con mi afección que incluye, entre otros, proporcionarme materiales promocionales y educativos, información, ofertas especiales y servicios relacionados con mi afección médica o terapia, así como 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 correo, teléfono, correo electrónico o mensaje de texto con respecto a los programas de apoyo de AstraZeneca que puedan interesarme. Otorgo mi consentimiento para recibir llamadas telefónicas y mensajes de texto no publicitarios y publicitarios de parte de AstraZeneca, o en nombre de esta, realizados con un teléfono de marcación automática o una voz pregrabada, a los números de teléfono proporcionados. Es posible que se apliquen tarifas de mensajería y transferencia de datos. Mi Información también puede usarse para realizar análisis internos en AstraZeneca. Comprendo que puedo negarme a proporcionar esta Autorización y que esto no afectará mi tratamiento ni el pago de este, la cobertura de seguro ni la elegibilidad para recibir beneficios. Comprendo que mi consentimiento no es obligatorio ni es una condición de compra. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al 1-800-236-9933 o enviando por correo una carta en la que solicite dicha cancelación a AstraZeneca Access 360 en One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878. La información proporcionada por AstraZeneca no reemplaza la consulta con su proveedor de atención médica acerca de su tratamiento o afección. AstraZeneca no recolecta, utiliza ni divulga intencionalmente información personal de personas menores de 18 años. Si tienes menos de 18 años, pide a tus padres, a tu tutor o a tu profesional de atención médica que solicite la información en tu nombre. Visite www.globalprivacy.astrazeneca.com para revisar nuestro Aviso de privacidad.