

COMPLETA Y FIRMA EL FORMULARIO, LUEGO ENVÍA POR FAX LAS PÁGINAS 1, 3 Y 4 AL 1-844-329-2360.
Si tienes preguntas o deseas solicitar ayuda, comunícate con Access 360 llamando al 1-844-2-WAINUA (1-844-292-4682),
de Lunes a Viernes, de 8 A. M. a 6 P. M. hora del este.

Al completar este formulario se proporcionan los siguientes servicios:

- Investigación de beneficios
 - Seguimiento de autorización previa (Prior Authorization, PA), incluido el estado de seguimiento de la PA, y apoyo para realizar apelaciones, si es necesario (se requiere la autorización del paciente que se indica a continuación)
 - Transferencia de la receta* a la farmacia especializada (requiere llenar la Sección 5A de este formulario)
 - Apoyo de copagos para pacientes elegibles (la casilla Programa de apoyo que se muestra más abajo debe estar marcada)
 - Servicios para pacientes seleccionados[†]
- *Está disponible un suministro limitado gratuito para pacientes elegibles (consulte la Sección 5B de este formulario).
[†]Incluye información sobre el estado de la enfermedad y WAINUA, actualizaciones durante el proceso de aprobación del seguro y recursos sobre cómo administrarse WAINUA.

1 Información del paciente

Es obligatorio indicar nombre, apellido, fecha de nacimiento, dirección, ciudad, estado y código postal del paciente (pac.); estos campos se deben completar en el consultorio.

Nombre del pac.: _____ Apellido del pac.: _____ Fecha de nacimiento del pac.: ____/____/____

Género al nacer: ☐ M ☐ F ☐ Prefiero no responder

Dirección del pac.: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono preferido del pac.: _____ ☐ Fijo ☐ Móvil Correo electrónico del pac.: _____

Nombre del contacto alternativo: _____

Relación del contacto alternativo con el paciente: _____ Número de teléfono del contacto alternativo: _____

¿El paciente está de acuerdo en ser contactado? ☐ Sí ☐ No ¿Se le puede dejar un mensaje de voz detallado? ☐ Sí ☐ No Idioma de preferencia (si no es el inglés): _____

Preferencia de comunicación del pac. (seleccione una opción): ☐ Correo electrónico ☐ Teléfono móvil/mensaje de texto ☐ Ambos

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) _____

Autorización para la Asistencia de WAINUA (Programa de ahorros y asistencia adicional)

☐ He leído y acepto la Autorización del programa de asistencia incluida en la página 2.

Si el paciente no está disponible para firmar, puede visitar www.myaccess360paf.com o llamar al 1-844-275-2360 para otorgar la autorización.

2 Información del seguro

Complete esta sección E incluya copias del anverso y el reverso de **todas las tarjetas médicas y de farmacia**.

Si su paciente no tiene cobertura de seguro o tiene Medicare y no puede pagar sus medicamentos, AZ&Me™ puede ayudar.

Visite www.azandmeapp.com o llame al 1-800-292-6363 para obtener más información.

☐ Seguro comercial/privado

☐ Medicare/Medicaid/TRICARE

☐ Sin seguro

	Seguro médico	Seguro de farmacia	
Proveedor del seguro			
Número de teléfono del seguro			
Nombre del titular de la tarjeta (si no es el paciente)			
Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta			
Número de póliza			
Número de grupo			
RxBIN/RxPCN	N/A	Núm. de identificación bancaria de la receta (RxBIN):	Núm. de control del procesador de la receta (RxPCN):

Autorización del paciente

Autorizo a mis proveedores de atención médica ("HCP"), a mi plan de salud y a mis farmacias, y a cada uno de sus respectivos agentes, a usar y compartir mi información médica protegida (mi "Información") con AstraZeneca y Ionis Pharmaceuticals (incluidos los Servicios al Paciente de Ionis y la Asistencia al Paciente de AstraZeneca EE. UU.) ("AZ/Ionis") y sus afiliados, agentes y contratistas. La Información incluye mis registros de salud relacionados con recetas, información sobre los beneficios de mi plan de atención médica, datos demográficos, datos de contacto y cualquier otra información relacionada con mi salud. Mi Información se puede usar para verificar decisiones de pago y tratamiento con mis proveedores de atención médica; investigar la coordinación de la cobertura de WAINUA® (eplontersen) y ayudar con esta; coordinar el cumplimiento de las recetas médicas y la asistencia financiera; coordinar la provisión de apoyo educativo para los pacientes y realizar análisis internos en AZ/Ionis para satisfacer mejor las necesidades de los pacientes. Entiendo y acepto que AZ/Ionis puede comunicarse conmigo, incluso por correo postal, correo electrónico, teléfono y mensaje de texto. Entiendo que es posible que las leyes federales de privacidad no protejan mi información una vez que se haya divulgado; sin embargo, AZ/Ionis acepta proteger mi Información mediante su uso y divulgación únicamente para los fines especificados en el presente documento. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi negativa no afectará mi tratamiento ni el pago del tratamiento, la cobertura del seguro ni la elegibilidad para recibir beneficios. Sin embargo, si no firmo esta Autorización, no podré recibir apoyo de los Servicios al Paciente de Ionis ni la Asistencia al Paciente de AZ EE. UU. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al 1-800-236-9933 o enviando una carta por correo postal para solicitar dicha cancelación a Asistencia al Paciente de AstraZeneca EE. UU. a One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878. Entiendo que dicha cancelación no se aplicará a la Información que ya se haya utilizado o divulgado en función de esta Autorización antes de que AZ/Ionis reciba la cancelación. Esta Autorización vence dos (2) años después de la fecha de la firma en la página 1, a menos que la ley estatal requiera un período más corto.

Autorización para la asistencia de WAINUA (Programa de ahorros y asistencia adicional)

Al proporcionar mi consentimiento, entiendo que puedo recibir de AZ/Ionis o sus agentes, de forma continua, información y asistencia relacionados con mi afección o tratamiento, incluidos, entre otros, materiales educativos y promocionales, ofertas especiales y servicios de asistencia. También entiendo que AZ/Ionis o sus agentes pueden comunicarse conmigo, de manera continua, con fines de investigación de mercado, incluso con el fin de participar en grupos de discusión, encuestas o entrevistas. Otorgo mi consentimiento para recibir comunicaciones de marketing y de otro tipo, incluso por correo postal, teléfono, correo electrónico o mensaje de texto, de AZ/Ionis o sus agentes, ya sea que se envíen o no con un marcador automático o voz pregrabada, a los números de teléfono proporcionados. Pueden aplicarse tarifas de mensajería y datos. Mi Información también se puede utilizar para realizar análisis internos en AZ/Ionis. Comprendo que puedo negarme a proporcionar esta Autorización y que eso no afectará mi tratamiento ni el pago del tratamiento, la cobertura del seguro o la elegibilidad para recibir beneficios. Comprendo que no se requiere mi consentimiento y que no es una condición de compra. Comprendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al 1-800-236-9933 o enviando una carta por correo postal a fin de solicitar dicha cancelación a los Servicios Access de AstraZeneca a One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878. La información proporcionada por AstraZeneca no reemplaza la charla con su proveedor de atención médica sobre su tratamiento o afección. AZ/Ionis no recopilará, usará ni divulgará deliberadamente información de identificación personal de menores de 18 años. Si es menor de 18 años, pídeles a sus padres, tutores o proveedor de atención médica que soliciten la información en su nombre. Visite www.globalprivacy.astrazeneca.com para revisar nuestro Aviso de privacidad.

3 Información clínica

Seleccione las opciones relevantes a continuación para el código de diagnóstico ICD-10-CM:

☐ E85.1 Amiloidosis heredofamiliar neuropática (polineuropatía amiloide familiar relacionada con la transtiretina [ATTR])

☐ Otro: _____

Indique los tratamientos actuales: _____

¿WAINUA reemplaza un tratamiento actual? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, indique qué tratamiento reemplaza: _____

4 Información del emisor de la 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 la HIPAA) a AstraZeneca, incluidos los Servicios al Paciente de Ionis o la Asistencia al Paciente de AstraZeneca EE. UU., incluidos los empleados, contratistas o afiliados de AstraZeneca e Ionis Pharmaceuticals, 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 AstraZeneca Access 360™ se comunicara con el paciente o el cuidador, si no se incluye en esta presentación, a fin de obtener una autorización del paciente firmada.

Nombre del emisor de la receta: _____ Apellido: _____ Especialización: _____

Nombre del consultorio: _____ Nombre del contacto del consultorio: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono del consultorio: _____ Número de fax del consultorio: _____ Correo electrónico: _____

Número de NPI del emisor de la receta: _____ Otro ID del proveedor (si corresponde): _____

5 Información de la receta

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

⚠ SOLO completa la sección Información de la receta (5A) si usas Orsini Specialty Pharmacy**(A) Información de recetas, formulaciones y adquisiciones**

Completa la información de la receta a continuación para la formulación que prefieras.

Nota: Si deseas utilizar una jeringa precargada, también debes elegir el método de adquisición que prefieras. Luego, completa la sección de firma y autorización del emisor al final de la página.**Opción 1****■ Autoinyector (administrado por el paciente) (NDC de 10 dígitos: 0310-9400-01)**

Lugar de administración	Método de adquisición
Administrado por el paciente	Farmacia especializada-Orsini

Rx: Inyección WAINUA[®] (eplontersen), autoinyector de dosis única de 45 mg/0.8 ml

Instrucciones de la dosis: 45 mg que se administran mediante inyección subcutánea una vez al mes. Otra: _____

Cantidad: 1 u Otra: _____ Recargas: 11 u Otra: _____

Opción 2**■ Jeringa precargada (administrada por el proveedor de atención médica) (NDC de 10 dígitos: 0310-9420-01)**

Lugar de administración	Método de adquisición
☐ Consulta médica ☐ Servicio ambulatorio de hospitales ☐ Otro lugar de atención ☐ Atención médica en el hogar/a domicilio	☐ Farmacia especializada-Orsini ☐ Compra y facturación ☐ No estoy seguro

Rx: Jeringa precargada WAINUA[®] (eplontersen)

Instrucciones de la dosis: 45 mg que se administran mediante inyección subcutánea una vez al mes. Otra: _____

Cantidad: 1 u Otra: _____ Recargas: 11 u Otra: _____

Opción 3☐ No estoy decidido/seguro sobre la formulación del producto (se investigarán opciones tanto de farmacia especializada como de compra y facturación).**(B) OPCIONAL: Solicitud de suministro limitado gratuito (FLS)**

En el caso de WAINUA, FLS está disponible para los pacientes elegibles que tengan un retraso en su aprobación por parte de su compañía de seguros.

WAINUA[®] (eplontersen) ☐ Autoinyector ☐ Jeringa precargada

Cantidad: _____ Instrucciones de la dosis: _____

Ten en cuenta que FLS es un programa temporal y no sustituye los programas de asequibilidad existentes que puedan ser más adecuados para barreras de acceso a largo plazo.**(C) Firma y autorización del emisor de la receta**Lee la **Autorización del emisor de la receta** en la página 5 antes de firmar a continuación.

Nombre del emisor de la receta: _____ Apellido del emisor de la receta: _____

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

Firma del emisor de la receta: Dispensar tal y como está escrito

____/____/____
MM DD AAAA

Firma del emisor de la receta: Sustitución permitida

____/____/____
MM DD AAAA

Una vez completado y firmado, envía por fax las páginas 1, 3 y 4 de este formulario al 1-844-329-2360. Es posible que debas proporcionar información adicional según el tipo de asistencia que solicites.

Si deseas más información, comunícate con AstraZeneca Access 360™ llamando al 1-844-2-WAINUA, de Lunes a Viernes, de 8 A. M. a 6 P. M. hora del este.



1-844-2-WAINUA (1-844-292-4682)



www.MyAccess360.com



1-844-FAX-A360 (1-844-329-2360)



Access360@AstraZeneca.com



One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878