

1 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**.

¿Qué formulación está recetando?

- Jeringa precargada FASENRA, administrada en el consultorio
- Autoinyector con pluma FASENRA, autoadministrado
- No estoy seguro/no he decidido qué formulación de FASENRA recetaré

¿Cómo planea obtenerla?

- Farmacia especializada** (se debe completar la Información sobre la receta en la sección 7)
- Compra y facturación**
- No estoy seguro/no he decidido cómo obtendré FASENRA** (Access 360 investigará las opciones de Farmacia especializada y Compra y facturación)

¿Qué servicios solicita?

- Investigación de beneficios con farmacia especializada e investigación de autorización del seguro** (según la formulación preferida y el método de adquisición, Access 360 investigará los beneficios médicos o de farmacia para su paciente)
- Seguimiento de la autorización del seguro con apoyo para apelaciones** (Access 360 se comunicará con el plan del paciente para hacer un seguimiento del estado de la autorización requerida. Se debe completar la Autorización del paciente para acceder a este servicio)
- Clasificación de farmacias especializadas** (Access 360 clasificará el referido a la farmacia especializada correspondiente. Se debe completar la Información sobre la receta de la sección 7)

Proveedor de farmacia especializada (Specialty Pharmacy Provider, SPP) preferido: _____

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

2 Información para el paciente

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento del paciente: ____/____/____
 Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 N.º de teléfono preferido: Particular Móvil _____ Correo electrónico del paciente: _____
 N.º de teléfono alternativo: Particular Móvil _____ Mejor hora para llamar: Mañana Tarde Noche
 Nombre de contacto alternativo: _____ Relación con el paciente: _____
 N.º de teléfono de 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: (elijá una opción): Correo electrónico 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 Fecha de hoy: MM DD AAAA

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

Programa de Apoyo FASENRA 360 (Programa de Ahorros y Servicios Adicionales)

He leído y acepto la Autorización del Programa de Apoyo incluida en la página 2

_____/_____/_____
 Firma del paciente/representante legal Fecha de hoy: MM DD AAAA

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

Si el paciente no está disponible para firmar, puede visitar www.myaccess360paf.com para completar las autorizaciones electrónicamente.

3 Información del seguro 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 (Rx BIN/PCN)	
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				
RxBIN/RxPCN	X	X	RxBIN:	RxPCN:

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: _____ Teléfono del personal administrativo: _____
 Correo electrónico del personal administrativo: _____ 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 identificador nacional de proveedores del grupo _____ N.º de otro proveedor específico del pagador: _____

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 Services, 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 Services se pongan en contacto con el paciente o el cuidador, si no está incluido con esta presentación, para obtener una Autorización del paciente firmada.

Nombre del personal administrativo: _____

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

Autorización del paciente

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 Services) 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 Services. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al w1-800-236-9933 o enviando por correo una carta en la que solicite dicha cancelación a AstraZeneca Access Services, 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.

Autorización del Programa de Apoyo FASENRA 360

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 Services, 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 intencionadamente 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.

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

5 Información clínica

Código de diagnóstico ICD-10-CM: J45.50 Asma grave persistente, sin complicaciones J45.51 Asma grave persistente con exacerbación (aguda) Otros _____

Recuento de eosinófilos: _____ **células/μl** Fecha de la prueba: _____ / _____ / _____

¿El paciente depende de corticosteroides sistémicos? Sí No

6 Información del centro de atención alternativo (ASOC) (si corresponde) SOLO complete esta sección si el lugar de administración difiere del consultorio que emite la receta. Centro/práctica de administración: _____ Nombre del médico que administra: _____

N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____ N.º de identificación fiscal del centro: _____

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: _____

¹Un centro de atención alternativo (Alternate Site of Care, ASOC) es un lugar de administración que difiere del consultorio que emite la receta. Los centros de atención alternativos incluyen un departamento para pacientes ambulatorios del 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 clasificará** ni comunicará los resultados de la investigación de beneficios ni la receta al ASOC mencionado. Access 360 **solo** confirmará que el ASOC esté dentro de la red.

7 Información sobre la receta (complete esta sección si utiliza un SPP)

Rx FASENRA[®] (benralizumab)

¿Cuál es su opción **principal**?

- FASENRA[®] (benralizumab) 30 mg/ml en jeringa precargada de dosis única **Administrada en el consultorio** (NDC de 10 dígitos: 0310-1730-30)
- FASENRA Pen[®] (benralizumab) 30 mg/ml en autoinyector de dosis única **Autoadministrado** (NDC de 10 dígitos: 0310-1830-30)
 - Envíe un paño con alcohol y una gasa estéril para el paciente

¿Este paciente ha comenzado la terapia? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿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 opción principal no está cubierta, ¿cuál es su opción **secundaria**?

- FASENRA[®] (benralizumab) 30 mg/ml en jeringa precargada de dosis única **Administrada en el consultorio** (NDC de 10 dígitos: 0310-1730-30)
- FASENRA Pen[®] (benralizumab) 30 mg/ml en autoinyector de dosis única **Autoadministrado** (NDC de 10 dígitos: 0310-1830-30)
 - Envíe un paño con alcohol y una gasa estéril para el paciente

Opcional: solicitud de suministros limitados gratuitos (FLS)

Los suministros limitados gratuitos (Free Limited Supply, FLS) 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: _____

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

Nombre del emisor de la receta: _____ N.º de identificador nacional de proveedores: _____ 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: _____ / _____ / _____

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 apoyo solicitado.

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 medicamento 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 Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos [Health Insurance Portability and Accountability Act, 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).

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 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**