

Complete este formulario detenidamente y en su totalidad para evitar demoras en el procesamiento de su solicitud. Si completa este formulario a mano, escriba en letra de imprenta lo más claro posible y marque las casillas que correspondan.

DESPUÉS DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO, ENVÍE POR FAX ESTA PÁGINA JUNTO CON LAS PÁGINAS 3 Y 4 AL 1-833-329-2360.

1 Servicios de Access 360

¿Cómo obtendrá FASENRA?

- Farmacia especializada** (Complete la información de prescripción en la Sección 6)
 Compra y factura
 No lo sé/No lo he decidido (Access 360 investigará las opciones de farmacia especializada y de compra y factura)

¿Qué servicios solicita? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Investigación de beneficios con farmacia especializada e investigación de autorización de seguros** (En función de la formulación preferida y el método de adquisición, Access 360 investigará los beneficios farmacéuticos o médicos para su paciente)
- Seguimiento de la autorización del seguro con asistencia en apelaciones** (Access 360 se comunicará con el plan del paciente para rastrear el estado de la autorización requerida. La autorización del paciente debe completarse para este servicio)
- Clasificación de farmacias especializadas** (Access 360 clasificará la derivación a la farmacia especializada correspondiente. Complete la información de prescripción en la Sección 6)
- Suministro limitado gratuito** (Suministro gratuito a corto plazo de FASENRA mientras los pacientes esperan las determinaciones de cobertura del seguro [comercial o financiado por el gobierno] o si se les niega el acceso inmediato)

2 Información del paciente

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento: MM - DD - AAAA Sexo al nacer: M F Prefiero no responder

Dirección: _____ Apartamento/Suite/Unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: _____ - _____ - _____ Casa Móvil Mejor momento para llamar: Mañana Mediodía Tarde

Correo electrónico: _____

Idioma preferido (si no es inglés): _____

¿Está de acuerdo con que se llame al paciente? Sí No ¿Está de acuerdo con que se deje un mensaje de voz detallado? Sí No

Nombre del contacto alternativo: _____ Apellido del contacto alternativo: _____

Relación con el paciente: _____

Autorización del paciente

He leído y acepto la autorización del paciente de la página 2.

Fecha de hoy: MM - DD - AAAA

Firma del paciente o representante legal

Nombre del paciente o representante legal

Apellido del paciente o representante legal

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

He leído y acepto la autorización del programa de apoyo de la página 2.

Si el paciente no está disponible para firmar, puede visitar www.myaccess360paf.com o llamar al **1-833-360-4357** para completar las autorizaciones.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Autorizo a los proveedores de atención médica (HCP) y al personal, al plan de salud y a las farmacias a usar y compartir información médica protegida (mi “Información”) con AstraZeneca (incluida AstraZeneca Access 360™) y sus filiales, así como sus contratistas (“AstraZeneca”) y las farmacias pueden recibir pagos de AstraZeneca a cambio de compartir mi información y/o proporcionar servicios de apoyo, que pueden considerarse mercadotecnia conforme a esta autorización. Mi información incluye mis registros médicos relacionados con medicamentos recetados, información sobre los beneficios de mi plan de atención médica, datos demográficos, de contacto y cualquier otra información relacionada con mi salud. Mi información puede usarse para verificar el tratamiento y las decisiones de pago con mis HCP, investigar y ayudar con la coordinación de la cobertura de los productos de AstraZeneca, coordinar el cumplimiento de recetas y la asistencia financiera, coordinar el apoyo educativo de enfermería, y realizar análisis internos en AstraZeneca para satisfacer mejor las necesidades de los pacientes. Entiendo y acepto que AstraZeneca puede comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico, teléfono y mensaje de texto. Entiendo que las leyes federales de privacidad pueden no proteger mi información una vez que se divulgue; sin embargo, AstraZeneca acepta proteger mi información usándola y divulgándola solo para los fines especificados. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que esto no afectará mi tratamiento, el pago del tratamiento, la cobertura del seguro ni la elegibilidad para los beneficios. Sin embargo, si no firmo esta autorización, no podré recibir asistencia de AstraZeneca Access 360™. Comprendo que puedo solicitar una copia o cancelar esta autorización en cualquier momento llamando al 1-800-236-9933 o enviando una carta solicitando dicha cancelación a AstraZeneca Access 360™ en One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878. Comprendo que dicha cancelación no se aplicará a la información ya utilizada o divulgada en función de esta autorización antes de recibir la cancelación. Esta autorización vence dos (2) años a partir de la fecha de firma, a menos que la ley estatal exija un período más corto.

AUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA DE APOYO FASENRA 360

Al brindar mi consentimiento, comprendo que puedo recibir información y apoyo continuos relacionados con mi afección, lo que incluye, entre otros, proporcionarme materiales educativos y promocionales, información, ofertas especiales y servicios relacionados con mi afección médica o tratamiento, así como con fines de investigación de mercado, lo que incluye contactarme para participar en grupos focales, encuestas o entrevistas. Esto puede incluir que AstraZeneca o un tercero que trabaje en nombre de AstraZeneca se comunique conmigo por correo, teléfono, correo electrónico y/o mensaje de texto en relación con los programas de apoyo de AstraZeneca que pueden ser de mi interés. Doy mi consentimiento para recibir llamadas y mensajes de texto comerciales y no comerciales de AstraZeneca o de un tercero en su nombre, realizados con un marcador automático o con voz pregrabada, al número de teléfono proporcionado. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos. Mi información también se puede utilizar para realizar análisis internos en AstraZeneca. Comprendo que puedo negarme a proporcionar esta autorización y que esto no afectará mi tratamiento, el pago del tratamiento, la cobertura del seguro ni la elegibilidad para los beneficios. Entiendo que mi consentimiento no es necesario ni una condición para la compra. Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento llamando al 1-800-236-9933 o enviando una carta para solicitar dicha cancelación a AstraZeneca Access 360™ en One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878. La información proporcionada por AstraZeneca no reemplaza la conversación con su proveedor de atención médica sobre su tratamiento o afección. AstraZeneca no recopilará, usará ni divulgará a sabiendas información de identificación personal de un menor de 18 años. Si usted es menor de 18 años, pídale a sus padres, su tutor o su proveedor de atención médica que soliciten la información en su nombre. Visite www.globalprivacy.astrazeneca.com para revisar nuestro Aviso de privacidad.

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

DESPUÉS DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO, ENVÍE POR FAX ESTA PÁGINA JUNTO CON LAS PÁGINAS 1 Y 4 AL 1-833-329-2360.

3 Información del seguro

¿El paciente está asegurado? Sí No

Si está asegurado, complete la información a continuación e incluya copias del frente y reverso de todas las tarjetas médicas y de farmacia junto con este formulario completo.

Seguros comerciales/privados Medicare/Medicaid/Tricare

Si su paciente no tiene cobertura para medicamentos recetados o tiene Medicare y no puede pagar sus medicamentos, AZ&Me™ podría ayudarlo. Visite www.azandmeapp.com o llame al 1-800-292-6363 para obtener más información.

	Seguro médico primario	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 del titular de la tarjeta				
N.º de política				
N.º de grupo				
RxBIN/RxPCN	X	X	RxBIN:	RxPCN:

4 Información del médico que receta

Al completar 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 HIPAA) a AstraZeneca Access Services, incluidos empleados, contratistas o filiales de AstraZeneca y planes de atención médica para programas, farmacias dispensadoras u otras entidades con fines de tratamiento y apoyo para el pago, y **(2)** he obtenido la autorización necesaria para permitir que AstraZeneca Access Services se comunique con el paciente o cuidador, si no se incluye con esta presentación, para obtener una autorización del paciente firmada.

Nombre del proveedor: _____ Sufijo del proveedor: _____

Apellido del proveedor: _____

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

Calle del consultorio: _____ Apartamento/Suite/Unidad del consultorio: _____

Ciudad del consultorio: _____ Estado del consultorio: _____ Código postal del consultorio: _____

Nombre del personal de la oficina: _____

Apellido del personal de la oficina: _____

N.º de teléfono del personal de la oficina: _____ - _____ - _____ N.º de fax de la oficina: _____ - _____ - _____

Correo electrónico del personal de la oficina: _____

N.º de NPI del médico que receta: _____ N.º de proveedor de Medicare (PTAN): _____

N.º de NPI del grupo: _____ N.º de identificación fiscal: _____

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

DESPUÉS DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO, ENVÍE POR FAX ESTA PÁGINA JUNTO CON LAS PÁGINAS 1 Y 3 AL 1-833-329-2360.

5 Información clínica

Código de diagnóstico de ICD-10-CM:

- J45.50** Asma grave persistente, sin complicaciones
- J45.51** Asma grave persistente con exacerbación (aguda)
- J82.83** Asma eosinofílica
- Otro:** _____

Recuento de eosinófilos: _____ células/μl

Prueba más reciente: ____ MM - ____ DD - ____ AAAA

¿El paciente depende de corticosteroides sistémicos?

Sí No

6 Información de prescripción

Complete esta sección si utiliza una farmacia especializada.

Rx FASENRA® (benralizumab)

Indique sus preferencias de formulación principal (1.ª) y alternativa (2.ª). Si su opción principal no está cubierta, se puede utilizar la formulación alternativa.

- 1.ª 2.ª
- FASENRA® (benralizumab) jeringa prellenada 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)

¿El paciente ha comenzado terapia? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuántas dosis ha recibido el paciente? _____ Fecha de la última inyección: ____ MM - ____ DD - ____ AAAA

Dosis de carga (LD): solución de 30 mg/ml en una dosis única administrada mediante inyección subcutánea una vez cada 4 semanas por 3 dosis Cantidad de LD: _____ Reposición de LD: _____

Dosis de mantenimiento (DM): solución de 30 mg/ml en una dosis única administrada mediante inyección subcutánea una vez cada 8 semanas Cantidad de MD: _____ Reposición de MD: _____

Alergias conocidas: _____

Otros medicamentos: _____

Opcional: solicitud de suministro limitado gratuito (FLS)

El suministro limitado gratuito está disponible para pacientes elegibles que enfrentan una demora en la aprobación de su compañía de seguros para FASENRA.

FASENRA® (benralizumab) Cantidad: _____

Instrucciones de dosis: _____

Lea la autorización del médico que receta en la página 5 antes de firmar.

Nombre del médico que receta: _____

Apellido del médico que receta: _____

N.º de NPI: _____ N.º de licencia estatal: _____

★ _____ Fecha: ____ MM - ____ DD - ____ AAAA

Firma del médico que receta: distribuir como se indica

_____ Fecha: ____ MM - ____ DD - ____ AAAA

Firma del médico que receta: se permite la sustitución

Después de completar y enviar por fax las páginas correspondientes, es posible que deba proporcionar información adicional según el tipo de apoyo solicitado.

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA

Autorizo al programa Access 360 a transmitir la receta adjunta en mi nombre a la farmacia elegida anteriormente y a recibir información sobre el estado y los asuntos relacionados. Al firmar la página 5, certifico que el medicamento recetado en este formulario es necesario por razones médicas en función de mi criterio médico independiente, y he recibido la autorización necesaria para divulgar la información incluida en este formulario y otra información médica protegida (según la definición de HIPAA) a Access 360, la farmacia dispensadora u otros contratistas con el fin de solicitar un reembolso o ayudar a iniciar o continuar el tratamiento. Cada profesional es el único responsable de garantizar la exactitud de la información presentada.

Verifico que la información proporcionada en este formulario es correcta. Comprendo que el paciente debe tener un diagnóstico consistente con una indicación aprobada por la FDA para que FASENRA sea elegible para un suministro limitado gratuito. También comprendo que debo enviar una receta que cumpla con la ley estatal. No se ha solicitado el reembolso del costo del producto administrado al paciente mencionado anteriormente en las fechas indicadas y no se solicitará a ninguna fuente. Además, comprendo que AstraZeneca se reserva el derecho de realizar auditorías periódicas de los registros, excluyendo los datos identificables del paciente (a menos que la autorización del paciente esté archivada en Access 360), de todas las entidades que reciben un suministro gratuito limitado. Comprendo que AstraZeneca se reserva el derecho de modificar o revocar este programa en cualquier momento sin previo aviso. Mi firma confirma que este producto se le proporcionó sin cargo a este paciente. (No se permite el uso de un sello de firma ni la firma en nombre del médico que receta).

Una vez completado y firmado, envíe por fax las páginas 1, 3 y 4 al 1-833-329-2360.



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



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



Access360@AstraZeneca.com



www.FasenraResources.com



One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878