

DESPUÉS DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO, ENVÍE POR FAX ESTA PÁGINA JUNTO CON LAS PÁGINAS 3 Y 4 AL 1-866-511-2360. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Access 360™, de lunes a viernes, de 8 A. M. a 6 P. M. ET, al 1-866-SAPHNELO (1-866-727-4635).

1 Servicios de Access 360™

¿Cómo obtendrá SAPHNELO?

- ☐ **Compra y facturación** ☐ **Farmacia especializada** (Nota: Complete la información de recetas en la sección 7) ☐ **No estoy seguro o no lo he decidido** (Nota: Access 360™ investigará las opciones de Farmacias especializadas y Compra y facturación)

¿Qué servicios solicita?

- ☐ **Investigación de beneficios:** incluye autorización previa, certificación previa o predeterminación, e investigación de farmacias especializadas.
- ☐ **Seguimiento de la autorización del seguro con apoyo en apelaciones** (Nota: El paciente debe leer la autorización del paciente en la página 2 y firmar a continuación)
- ☐ **Clasificación de farmacias especializadas:** Access 360™ clasificará la derivación a la farmacia especializada adecuada en función de los beneficios del paciente. (Nota: No se aplica a las opciones de Compra y facturación)
- ☐ **Asistencia para reclamaciones o facturaciones:** (Nota: Adjunte una copia de la reclamación enviada y la Explicación de los beneficios)
- ☐ **Suministro limitado gratuito:** suministro gratuito a corto plazo de SAPHNELO para pacientes elegibles a los que se les niega el acceso inmediato o están a la espera de una determinación de cobertura de seguro.

2 Información del paciente (Pt)

Se necesita el nombre, el apellido, la fecha de nacimiento (DOB), la calle, la ciudad, el estado y el código postal del paciente, los cuales debe completar el consultorio.

Nombre del Pt: _____ Apellido del Pt: _____ DOB del Pt: MM-DD-AAAA

Calle del Pt: _____ Ciudad del Pt: _____ Estado del Pt: _____ Código Postal del Pt: _____

N.º de teléfono del paciente: _____ ☐ Casa ☐ Celular

¿Está bien llamar al paciente? ☐ Sí ☐ No

¿Está bien dejar un mensaje de voz detallado? ☐ Sí ☐ No

Sexo al nacer ☐ M ☐ F ☐ Prefiero no responder

Medio de comunicación preferido (elijá uno): ☐ Correo electrónico ☐ Mensaje de texto ☐ Ambos

Correo electrónico del Pt: _____

Idioma preferido (si no es inglés): _____

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

Relación con el paciente: _____ N.º de teléfono del contacto alternativo: _____

Autorización del paciente

Leí y acepto la autorización del paciente incluida en la página 2.

MM DD AAAA

Firma del paciente o representante legal

Fecha de hoy

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente

SAPHNELO® Supports (programa de ahorros y apoyo adicional)

- ☐ Leí y acepto la autorización del programa de apoyo incluida en la página 2.

Si el paciente no está disponible para firmar, puede llamar a Access 360™ al 1-866-SAPHNELO (1-866-727-4635) o visitar www.MyAccess360paf.com para completar las autorizaciones.

Autorización del paciente

Autorizo a los proveedores de atención médica (HCP, por sus siglas en inglés) y al personal, al plan de salud y a las farmacias a usar y compartir información médica protegida (mi “Información”) con AstraZeneca (incluido AstraZeneca Access Services) y sus filiales, así como sus contratistas (“AstraZeneca”). Mi información incluye mis registros de salud relacionados con recetas, 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 mediante el uso y la divulgación solo para los fines especificados. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que esto no afectará mi tratamiento ni el pago del tratamiento, la cobertura del seguro o la elegibilidad para los beneficios. Sin embargo, si no firmo esta autorización, no podré recibir asistencia de AstraZeneca Access Services. Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento llamando al 1-800-236-9933 o enviando una carta en la que se solicite dicha cancelación a AstraZeneca Access Services a One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878. Comprendo que dicha cancelación no se aplicará a ninguna información que ya se haya utilizado o divulgado en función de esta autorización antes de recibir la cancelación. Esta autorización vence a los dos (2) años desde la fecha de la firma, a menos que la ley estatal exija un período más corto.

Autorización de apoyo para SAPHNELO® (programa de ahorros y apoyo adicional)

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 comuniquen conmigo por correo postal, teléfono, correo electrónico o mensaje de texto en relación con los programas de apoyo de AstraZeneca que puedan 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 Services a 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: _____ DOB del paciente: MM - DD - AAAA

3 Información del seguro

¿Está asegurado el paciente? ☐ Sí ☐ NoSi su paciente no tiene cobertura de seguro 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.

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

☐ Seguro comercial/privado ☐ Medicare/Medicaid/TRICARE

	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 del titular de la tarjeta				
N.º de póliza				
N.º de grupo				
RxBIN/RxPCN:	X	X	RxBIN:	RxPCN:

4 Información clínica

Códigos de diagnóstico de la CIE-10-MC (obligatorio):

- ☐ M32.10: Lupus eritematoso sistémico, afectación de órganos o sistemas no especificada
- ☐ M32.11: Endocarditis en el lupus eritematoso sistémico
- ☐ M32.12: Pericarditis en el lupus eritematoso sistémico
- ☐ M32.13: Compromiso pulmonar en el lupus eritematoso sistémico
- ☐ M32.14: Enfermedad glomerular en el lupus eritematoso sistémico
- ☐ M32.15: Nefropatía túbulo-intersticial en el lupus eritematoso sistémico
- ☐ M32.19: Otros órganos o sistemas afectados por el lupus eritematoso sistémico
- ☐ M32.8: Otras formas de lupus eritematoso sistémico
- ☐ M32.9: Lupus eritematoso sistémico, no especificado
- ☐ Otro: _____

¿Prueba ANA o anti-dsDNA con resultado positivo?

☐ Sí ☐ No

Fecha de la prueba: MM - DD - AAAA

Tratamientos previos contra el lupus eritematoso sistémico (LES):

Tratamientos actuales contra el LES:

5 Información del médico que receta

Al completar este formulario, certifico que (1) recibí la autorización necesaria para divulgar la información incluida en este formulario y otra Información de salud protegida relacionada (según la definición de la HIPAA) a AstraZeneca Access Services, incluidos los empleados, contratistas o afiliados de AstraZeneca y planes de atención médica para programas, farmacias dispensadoras u otras entidades con fines de tratamiento y apoyo de pago, y (2) obtuve cualquier autorización necesaria para permitir que AstraZeneca Access Services se comuniquen con el paciente o cuidador, si no está incluida en 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: _____ Apto./Suite/Unidad del consultorio: _____

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

Nombre del personal del consultorio: _____

Apellido del personal del consultorio: _____

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

N.º de fax del consultorio: _____ - _____ - _____

Correo electrónico del personal del consultorio: _____

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

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

SI SOLICITA UNA INVESTIGACIÓN SOBRE BENEFICIOS, APOYO PARA LA AUTORIZACIÓN DE UN SEGURO O APOYO PARA APELACIONES, SOLO NECESITA COMPLETAR LAS PÁGINAS 1 Y 3.

Nombre del paciente: _____ Apellido del paciente: _____ DOB del paciente: MM - DD - AAAA

6 Información sobre el lugar de atención alternativo (ASOC)

SOLO complete esta sección si el lugar de administración difiere del consultorio que receta.

Lugar de la infusión: ☐ Consultorio de otro médico ☐ Atención de paciente ambulatorio
☐ Atención médica en el hogar o infusión en el hogar ☐ Otro: _____

Consultorio/centro que administra: _____ **Nombre del médico que administra:** _____

Calle del ASOC: _____ **Ciudad del ASOC:** _____

N.º de teléfono del ASOC: _____ **N.º de fax del ASOC:** _____ **N.º NPI del ASOC:** _____

N.º de identificación fiscal: _____ **PTAN:** _____

N.º de otro proveedor específico del pagador: _____

Access 360™ **no clasificará** ni comunicará los resultados de la investigación de beneficios ni la prescripción a los ASOC mencionados. Access 360™ **solo** confirmará si el ASOC está en la red.

7 Información de prescripción

SOLO complete esta sección si utiliza una farmacia especializada.

Proveedores de farmacias especializadas (SPP) dentro de la red

☐ AMBER SPECIALTY PHARMACY ☐ CVS SPECIALTY ☐ Sin preferencia ☐ Axiom Healthcare (solo en Puerto Rico)

Al elegir "Sin preferencia", se elegirá una SPP en función de los resultados de la investigación de beneficios.

SAPHNELO® (anifrolumab-fnia)

☐ SAPHNELO® (anifrolumab-fnia) de 300 mg administrado como infusión i.v. durante un período de 30 minutos, cada 4 semanas. Cantidad: _____ Repuestos: _____

Alergias conocidas: _____

OPCIONAL: Solicitud gratuita de suministro limitado

Suministro gratuito a corto plazo de SAPHNELO para pacientes elegibles a los que se les niega el acceso inmediato o están a la espera de la determinación de la cobertura del seguro.

Vial de dosis única de SAPHNELO® (anifrolumab-fnia) de 300 mg/2 ml

Cantidad: 1 vial Instrucciones de dosis: _____

Recordatorio: El suministro limitado gratuito es un programa temporal y no reemplaza los programas de asequibilidad existentes que pueden ser más apropiados para las barreras de acceso a largo plazo.

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

Nombre de la persona que receta: _____

Apellido del médico que receta: _____

N.º NPI del médico que receta: _____ **N.º de licencia estatal:** _____

Firma del médico que receta: distribuir como se indica

Fecha de hoy

Firma del médico que receta: se permite la sustitución

Fecha de hoy

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 en la página 4, certifico que el medicamento recetado en este formulario es médicamente necesario en función de mi criterio médico independiente, y recibí la autorización necesaria para divulgar la información incluida en este formulario y otra Información de salud protegida (según lo definido por la HIPAA) a Access 360™, la farmacia dispensadora u otros contratistas con el fin de solicitar un reembolso o ayudar a iniciar o continuar la terapia. 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 SAPHNELO sea elegible a fin de recibir 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, sin incluir 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 limitado gratuito. 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.



1-866-SAPHNELO (1-866-727-4635)



1-866-511-2360



Access360@AstraZeneca.com



www.MyAccess360.com



One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878

