

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. hora del este, al 1-866-SAPHNELO (1-866-727-4635).

1 Servicios de Access 360™

¿Cómo obtendrá SAPHNELO?

- ☐ **Comprar y facturar** ☐ **Farmacia especializada** (Nota: La información de la receta completa se encuentra en la sección 7) ☐ **No estoy seguro/No he tomado una decisión** (Nota: Access 360™ investigará opciones de farmacias especializadas y Comprar y facturar)

¿Qué servicios solicita?

- ☐ **Investigación de beneficios:** incluye autorización previa, precertificación o predeterminación, e investigación de farmacias especializadas
- ☐ **Seguimiento de la autorización del seguro con asistencia de apelaciones** (Nota: El paciente debe leer la Autorización del paciente en la página 2 y firmar a continuación)
- ☐ **Triaje 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 la opción Comprar y facturar)
- ☐ **Apoyo en reclamaciones/facturación:** (Nota: Adjunte una copia de la reclamación presentada y la Explicación de beneficios)
- ☐ **Suministro limitado gratuito:** suministro gratuito a corto plazo de SAPHNELO para pacientes elegibles a quienes se les denegó el acceso inmediato o que esperan una determinación de cobertura del seguro

2 Información del paciente (Pt)

Es obligatorio proporcionar el nombre, el apellido, la fecha de nacimiento, la calle, la ciudad, el estado y el código postal del paciente; toda esta información debe completarse en el consultorio.

Nombre del Pt: _____ Apellido del Pt: _____
 Fecha de nacimiento del Pt: ____/____/____ Calle del Pt: _____
 Ciudad del Pt: _____ Estado del Pt: _____ Código postal del Pt: _____
 Número de teléfono del Pt: _____ ☐ Fijo ☐ Móvil ¿Se puede llamar al paciente? ☐ Sí ☐ No
 ¿Se puede dejar un mensaje de voz con información detallada? ☐ Sí ☐ No
 Sexo asignado al nacer ☐ M ☐ F ☐ Prefiere no responder
 Preferencia de comunicación (se debe escoger una opción): ☐ Correo electrónico ☐ Mensaje de texto ☐ Ambos
 Correo electrónico del Pt: _____ Idioma de preferencia (si no es el inglés): _____
 Nombre del contacto alternativo: _____ Apellido del contacto alternativo: _____
 Relación con el paciente: _____ Número de teléfono del contacto alternativo: _____

Autorización del paciente

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

 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)

- ☐ He leído y acepto la Autorización del Programa de Apoyo que se incluye en la página 2.

Si el paciente no puede 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 mis proveedores de atención médica (HCP) y al personal, a mi plan de salud y a mis farmacias a usar y compartir Información médica protegida (mi "Información") con AstraZeneca (incluidos AstraZeneca Access Services) y sus afiliados; además, sus contratistas ("AstraZeneca") y mis farmacias pueden recibir pagos de AstraZeneca a cambio de compartir mi información y/o proporcionar servicios de apoyo, lo que puede considerarse comercialización en virtud de esta autorización. Mi Información incluye mis registros de salud relacionados con recetas, Información sobre los beneficios de mi plan de atención médica, datos demográficos y de contacto, y cualquier otra información relacionada con mi salud. Mi Información se puede utilizar para verificar decisiones de pago y tratamiento con mis proveedores de atención médica; investigar y ayudar con la coordinación de la cobertura de los productos de AstraZeneca; coordinar el cumplimiento de las 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 mensajes de texto. Entiendo que es posible que las leyes federales de privacidad no protejan mi Información una vez que se haya divulgado; sin embargo, AstraZeneca acepta proteger mi Información mediante su uso y divulgación únicamente para los fines especificados. Entiendo 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 recibir beneficios. Sin embargo, si no firmo esta autorización, no podré recibir el apoyo de AstraZeneca Access Services. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización o cancelarla en cualquier momento llamando al 1-800-236-9933 o enviando una carta por correo postal para solicitar dicha cancelación a AstraZeneca Access Services 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 recibir la cancelación. Esta autorización vence a los dos (2) años de la fecha de la firma, a menos que la ley estatal exija un período más corto.

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

Si proporciono mi consentimiento, entiendo que puedo recibir información continua y apoyo relacionado con mi afección, lo que incluye, entre otro tipo de contenido, materiales educativos y promocionales, información, ofertas especiales y servicios relacionados con mi afección o tratamiento médico, así como para fines de estudios de mercado, lo que incluye comunicarse conmigo para participar en grupos de discusión, encuestas o entrevistas. Esto puede significar que AstraZeneca o un tercero que trabaje en nombre de AstraZeneca se comunique conmigo por correo postal, teléfono, correo electrónico o mensaje de texto en relación con los programas de apoyo de AstraZeneca que pueden ser de mi interés. Otorgo mi consentimiento para recibir llamadas y textos de mercadeo y de otro tipo de parte de AstraZeneca y en nombre de AstraZeneca, realizados con marcador automático o voz pregrabada, a los números de teléfono proporcionados. Pueden aplicarse tarifas de mensajería y datos. Mi Información también puede usarse para realizar análisis internos en AstraZeneca. Entiendo que puedo negarme a proporcionar esta autorización y que esto no afectará mi tratamiento ni el pago del tratamiento, la cobertura del seguro o la elegibilidad para los beneficios. Comprendo que mi consentimiento no es necesario ni es una condición de compra. 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 AstraZeneca Access Services 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. AstraZeneca no recopilará, usará ni divulgará deliberadamente información personal identificable de menores de 18 años. Si es menor de 18 años, pídale 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.

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

3 Información del seguro

¿Tiene seguro el paciente? ☐ Sí ☐ No

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

Si tiene seguro, complete la siguiente información e incluya copias del anverso y el 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 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				
Número de identificación bancaria/Número de control del procesador:	X	X	Número de identi- ficación bancaria:	Número de control del procesador:

4 Información clínica

Códigos de diagnóstico de ICD-10-CM (obligatorios):

- ☐ M32.10: Lupus eritematoso sistémico, afectación de órgano o sistema no especificado
☐ M32.11: Endocarditis en lupus eritematoso sistémico
☐ M32.12: Pericarditis en lupus eritematoso sistémico
☐ M32.13: Afectación pulmonar en lupus eritematoso sistémico
☐ M32.14: Enfermedad glomerular en lupus eritematoso sistémico
☐ M32.15: Nefropatía tubulointersticial en lupus eritematoso sistémico
☐ M32.19: Afectación de otro órgano o sistema en lupus eritematoso sistémico
☐ M32.8: Otras formas de lupus eritematoso sistémico
☐ M32.9: Lupus eritematoso sistémico, no especificado
☐ Otro: _____

¿Prueba positiva de anticuerpos
antinucleares o de detección de
anticuerpos anti-ADN de doble cadena?

☐ Sí ☐ No

Fecha de la prueba: ____/____/____

Tratamientos previos de **lupus
eritematoso sistémico (LES)**: _____

Tratamientos actuales de LES:

5 Información del emisor de la receta

Si completo 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 [HIPAA]) a AstraZeneca Access Services, incluidos los empleados, contratistas o afiliados de AstraZeneca, y los planes de atención médica para programas, farmacias con distribución u otras entidades con fines de tratamiento y apoyo financiero, y (2) he obtenido toda la autorización necesaria para permitir que AstraZeneca Access Services se comuniquen con el paciente o el cuidador, si es que no se incluye en esta presentación, a fin de obtener una autorización del paciente firmada.

Nombre del proveedor: _____ Sufijo del proveedor: _____

Apellido del proveedor: _____

Nombre del consultorio: _____

Número de teléfono del consultorio: _____ - _____ - _____

Calle del consultorio: _____ Dpto./suite/unidad del consultorio: _____

Ciudad del consultorio: _____ Estado del consultorio: _____

Código postal del consultorio: _____ Nombre del funcionario del consultorio: _____

Apellido del funcionario del consultorio: _____

Número de teléfono del funcionario del consultorio: _____ - _____ - _____

Número de fax del consultorio: _____ - _____ - _____

Correo electrónico del funcionario del consultorio: _____

Número de NPI del proveedor: _____

Número de proveedor de Medicare (PTAN): _____

Número de NPI del grupo: _____ Número de identificación fiscal: _____

SI ESTÁ SOLICITANDO UNA INVESTIGACIÓN DE BENEFICIOS, APOYO PARA LA AUTORIZACIÓN DEL SEGURO O APOYO PARA APELACIONES, SOLO DEBE COMPLETAR LAS PÁGINAS 1 Y 3.

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

6 Información sobre el centro alternativo de atención (ASOC)

Complete esta sección SOLAMENTE si el lugar de administración difiere del consultorio que extiende la receta.

Lugar de administración de la infusión: ☐ Consultorio de otro médico ☐ Paciente ambulatorio del hospital
☐ Servicios de salud en el hogar/infusión en el hogar ☐ Otro: _____

Consultorio/Centro de administración: _____

Nombre del médico que realiza la administración: _____

Calle del ASOC: _____ Ciudad del ASOC: _____

Número de teléfono del ASOC: _____ Número de fax del ASOC: _____

Número de NPI del ASOC: _____ Número de identificación fiscal: _____ PTAN: _____

Número de otro proveedor específico del pagador: _____

Access 360™ **no** clasificará ni comunicará los resultados de la investigación de beneficios ni las recetas al ASOC que se indica.

Access 360™ **solo** confirmará si el ASOC se encuentra en la red.

7 Información de prescripción

Complete esta sección **SOLO si utiliza una farmacia especializada.**

Proveedores de farmacia especializada (SPP) dentro de la red

☐ AMBER SPECIALTY PHARMACY ☐ CVS SPECIALTY ☐ ACCREDO SPECIALTY PHARMACY ☐ Sin preferencia
☐ AXIUM HEALTHCARE (solo para Puerto Rico)

Si elige "Sin preferencia", se elegirá un SPP en función de los resultados de la investigación de beneficios.

SAPHNELO® (anifrolumab-fnia)

☐ SAPHNELO® (anifrolumab-fnia) 300 mg administrado como infusión intravenosa durante un período de 30 minutos, cada 4 semanas.

Cantidad: _____ Resurtidos: _____

Alergias conocidas: _____

OPCIONAL: Solicitud de suministro limitado gratuito

Suministro gratuito y a corto plazo de SAPHNELO para pacientes elegibles a quienes se les haya denegado el acceso inmediato o estén a la espera de la determinación de cobertura.

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

Cantidad: 1 vial Instrucciones de la 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 dificultades de acceso a largo plazo.

Lea la **Autorización del emisor de la receta** en la página 5 antes de firmar.

Nombre del emisor de la receta: _____

Apellido del emisor de la receta: _____

Número de NPI del emisor de la receta: _____ Número de licencia estatal: _____

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

Fecha de hoy

Firma del emisor de la 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 emisor de la receta

Autorizo al programa Access 360™ a enviar la receta adjunta en mi nombre a la farmacia elegida anteriormente y a recibir información sobre el estado y asuntos relacionados. Mediante la firma en la página 4, certifico que el medicamento recetado en este formulario es médicamente necesario según mi criterio médico independiente y que he recibido la autorización necesaria para divulgar la información incluida en este formulario y otra Información médica protegida (según la definición de la ley HIPAA) a Access 360™, a la farmacia con distribución o a otros contratistas con el fin de solicitar un reembolso o ayudar a iniciar o continuar el tratamiento. El profesional médico es el único responsable de garantizar la exactitud de la información enviada.

Verifico que la información proporcionada en este formulario es precisa. Entiendo que el paciente debe tener un diagnóstico que concuerde con una indicación aprobada por la FDA para SAPHNELO a fin de ser elegible para el suministro limitado gratuito. También entiendo que debo enviar una receta de conformidad con las leyes de mi estado. No se ha solicitado ni se solicitará de ninguna fuente el reembolso del costo del producto administrado al paciente mencionado anteriormente en las fechas indicadas. Además, entiendo que AstraZeneca se reserva el derecho de realizar auditorías periódicas de los registros, sin incluir los datos que identifican al paciente (a menos que la autorización del paciente esté registrada en Access 360™), de todas las entidades que reciben un suministro limitado gratuito. Entiendo 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 proporcionó sin cargo a este paciente. (No se permite el uso de un sello ni la firma en nombre del emisor de la receta).

UNA VEZ QUE HAYA COMPLETADO Y FIRMADO, ENVÍE POR FAX LAS PÁGINAS 1, 3 Y 4 AL 1-866-511-2360.



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



1-866-511-2360



Access360@AstraZeneca.com



www.MyAccess360.com



One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878