

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Complete el formulario, fírmelo y envíelo por FAX al 1-877-850-9901. Para obtener ayuda, llame al 1-877-4-BENLYSTA (1-877-423-6597) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

Servicios de Benlysta Gateway

- Verificación de beneficios e investigación de autorización previa
- Seguimiento de autorización previa y asistencia para apelaciones
- Programa de copago (**únicamente comercial**)
- Derivación de recetas a farmacias especializadas (SP)

- Programa de asistencia al paciente (PAP)
- Asistencia para reclamos y facturación

Asistencia de BENLYSTA Cares (opcional): Educación específica para enfermedades, servicios de asistencia al paciente y otras comunicaciones

Información del paciente * Indica campos obligatorios

Apellido*:		Nombre*:	
Calle*:		Ciudad*:	
Estado*:	Código postal*:	Correo electrónico:	
Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa):	Sexo:	Preferencia de idioma (si no es inglés):	
N.º de teléfono preferido*:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil	Nombre de contacto alternativo:	
		Casa o móvil:	
		Teléfono del contacto alternativo:	
Horario preferido para recibir llamadas: <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche		Relación del contacto alternativo con el paciente:	
Nombre (en letra de imprenta):		Relación con el paciente:	

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE DE GATEWAY*

SE REQUIERE LA FIRMA DEL PACIENTE AQUÍ

Fecha:

He leído y estoy de acuerdo con el formulario de autorización del paciente conforme a la HIPAA (consulte la página 4).*

CONSENTIMIENTO PARA LA ASISTENCIA DE BENLYSTA CARES

FIRMA DEL PACIENTE AQUÍ

Fecha:

He leído y acepto el consentimiento para la Asistencia de BENLYSTA Cares OPCIONAL (consulte la página 5). Si ha elegido participar en el Programa BENLYSTA Cares, anote su dirección de correo electrónico en la página 5.

Información sobre el seguro: Proporcione copias de frente y reverso de todas las tarjetas de seguro médico

Comercial privado Medicare/Medicaid TRICARE Sin seguro

	Seguro primario	Seguro secundario	Seguro de farmacia
Proveedor de seguro			
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			
BIN/PCN	N/C	N/C	

Programa de asistencia al paciente (PAP): Deberá completarlo el paciente solo si solicita el PAP

Los pacientes no asegurados y elegibles para Medicare a quienes se les haya recetado BENLYSTA podrían ser elegibles para el Programa de asistencia al paciente (Patient Assistance Program, PAP) de GSK. Para averiguar si califica, complete la información que se solicita a continuación.

Ingreso familiar anual antes de impuestos: Cantidad de miembros de la familia que residen en el hogar:

Identificador de beneficiario de Medicare (Medicare Beneficiary Identifier, MBI):

EL PACIENTE DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Tenga en cuenta que esto no constituye un seguro de salud. Los solicitantes autorizan al PAP especializado de GSK (GSK Specialty PAP) y a sus administradores a obtener un informe del consumidor. El informe del consumidor y la información derivada de fuentes públicas y de otro tipo se utilizarán para estimar los ingresos como parte del proceso para decidir la elegibilidad para recibir medicamentos gratuitos del GSK Specialty PAP. Previa solicitud, el GSK Specialty PAP proporcionará a los solicitantes el nombre y la dirección de la agencia de informes del consumidor que proporciona el informe del consumidor. El programa puede solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento, incluso después de la inscripción, para determinar si la información en el formulario de inscripción está completa y es veraz. Si tiene más preguntas acerca de la elegibilidad, comuníquese con BENLYSTA Gateway.



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Complete el formulario, fírmelo y envíelo por FAX al 1-877-850-9901. Para obtener ayuda, llame al 1-877-4-BENLYSTA (1-877-423-6597) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

Información de administración, de adquisición y del prescriptor: Se requiere la firma del prescriptor en todos los formularios de inscripción

*Indica campos obligatorios

Apellido del prescriptor*:	Nombre del prescriptor*:	
Nombre del consultorio*:	Especialidad:	
Calle*:		
Ciudad*:	Estado*: Código postal*:	
Nombre del contacto del consultorio*:	Teléfono*:	Fax*:
ID fiscal del prescriptor:	N.º de licencia estatal:	
N.º de NPI del prescriptor*:		

Método de administración (elegir uno)	Lugar de administración	Método de adquisición
<input type="checkbox"/> IV	→ Administrado en el consultorio únicamente	→ Buy & bill Farmacia especializada
<input type="checkbox"/> SC	→ Administrado por el paciente	→ Farmacia especializada
<input type="checkbox"/> Me gustaría entender la cobertura para todos los métodos de administración.		

Centro de atención: Complete esta sección SOLAMENTE si el lugar de administración no es el consultorio que realiza la prescripción

Consultorio o centro donde se administrará:	Nombre del médico que lo administrará:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Fax:		
ID fiscal:	NPI:		

Marque aquí si necesita la asistencia de Gateway para identificar un centro de atención (centro de infusión) adecuado

Diagnóstico e información clínica

El proveedor es el encargado de determinar el código de diagnóstico más apropiado.

Se debe consultar al pagador del paciente para conocer los requisitos de codificación o documentación.

Código de diagnóstico ICD-10*:	Fecha del diagnóstico (mm/dd/aaaa):
<input type="checkbox"/> M32.10 Lupus eritematoso sistémico, afectación de órganos o sistemas sin especificar	Anticuerpo antinuclear (ANA):
<input type="checkbox"/> M32.8 Otras formas de lupus eritematoso sistémico	Nivel de anti-ADNbc:
<input type="checkbox"/> M32.9 Lupus eritematoso sistémico, sin especificar	Puntuación del índice SELENA-SLEDAI: Peso del paciente:
<input type="checkbox"/> M32.14 Enfermedad glomerular en el lupus eritematoso sistémico	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> M32.15 Nefropatía túbulo-intersticial en el lupus eritematoso sistémico	<input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos:
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Medicamentos concomitantes (adjuntar)

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Complete el formulario, fírmelo y envíelo por FAX al 1-877-850-9901. Para obtener ayuda, llame al 1-877-4-BENLYSTA (1-877-423-6597) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):
----------------------	-----------------------------------

• Se requiere la firma del prescriptor a continuación para recetas y/o inscripción

• La selección de farmacias especializadas está sujeta a los requisitos del plan de salud

<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Recomenzar <input type="checkbox"/> Continuar	Fecha del último tratamiento (mm/dd/aaaa): Fecha del próximo tratamiento/Fecha en que se requiere el medicamento (mm/dd/aaaa):
---	---

¿Ya se ha enviado la receta a una farmacia especializada?
 No Sí – ¿cuál?

No derivar la receta a la farmacia especializada

Receta

El prescriptor debe indicar el régimen de dosificación preferido de BENLYSTA

MEDICAMENTO	CONCENTRACIÓN/FORMA FARMACÉUTICA	INSTRUCCIONES DE ADMINISTRACIÓN (deberá completarlo el prescriptor)	CANT.	RESURTIDOS
-------------	----------------------------------	---	-------	------------

Administrado en el consultorio (IV)

BENLYSTA IV	<input type="checkbox"/>	120 mg en un vial de un solo uso de 5 ml (NDC 49401-101-01); reconstituir con 1.5 ml de agua estéril inyectable, USP			
	<input type="checkbox"/>	400 mg en un vial de un solo uso de 20 ml (NDC 49401-102-01); reconstituir con 4.8 ml de agua estéril inyectable, USP			

Administrado por el paciente (SC)

BENLYSTA SC	<input type="checkbox"/>	200 mg en un autoinyector de dosis única de 1 ml (caja con 4 unidades; NDC 49401-088-35)			
	<input type="checkbox"/>	200 mg en una jeringa precargada de dosis única de 1 ml (caja con 4 unidades; NDC 49401-088-47)			

Declaración del prescriptor: Certifico que la información que antecede es veraz y que se le ha prescrito BENLYSTA al paciente antes nombrado. Por medio de la presente certifico que, en el caso de cualquier paciente asegurado que esté buscando obtener asistencia de copago a través del Programa de copago y en ausencia de asistencia económica de dicho programa, todos los copagos, coaseguros u otros gastos de bolsillo aplicables relacionados con BENLYSTA se le cobrarán al paciente al momento del tratamiento. Designo a BENLYSTA Gateway para que, en mi representación, entregue la presente receta a la farmacia dispensadora, en la medida en que lo permita la ley estatal. **Nota especial:** Los profesionales que prescriben recetas de todos los estados deben seguir las leyes aplicables para prescripciones válidas. Los profesionales que prescriben recetas en estados con requisitos de formularios de recetas oficiales deben presentar la receta original junto con este formulario de inscripción. Es posible que los profesionales que prescriben recetas deban presentar una receta electrónica a la farmacia especializada.

FIRMA DEL PRESCRIPTOR	FIRMA DEL PRESCRIPTOR AQUÍ		
SE PERMITE LA SUSTITUCIÓN	(Fecha)	DISPENSAR SEGÚN INDICACIONES ESCRITAS*	(Fecha)

AUTORIZACIÓN Y PERMISO DEL PACIENTE PARA OBTENER, UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Al firmar este formulario, **estoy de acuerdo** en permitir a mis médicos; farmacias, incluidas mis farmacias especializadas; y aseguradoras de salud (colectivamente “Proveedores de Servicios de Salud”) usar y divulgar mi información médica a GlaxoSmithKline y sus agentes, representantes autorizados y contratistas (colectivamente “GSK”) para que GSK pueda usar y divulgar mi información médica con el propósito de proporcionar los servicios de BENLYSTA Gateway, que pueden incluir las siguientes actividades:



- 1) comunicarse con mis Proveedores de Servicios de Salud acerca de mi prescripción de BENLYSTA y mi afección médica;
- 2) investigar y resolver mi consulta sobre cobertura, codificación o reembolso de seguro, o revisar mi elegibilidad para los programas de asistencia al paciente y asistencia para copagos de GSK;
- 3) contactar a mi aseguradora, otras posibles fuentes de financiamiento o programas de asistencia al paciente en mi nombre para determinar si soy elegible para la cobertura de seguro de salud o para otros fondos;
- 4) ponerse en contacto conmigo para ofrecer (y, si estoy interesado, proporcionar) servicios educativos opcionales ofrecidos por profesionales de la salud; y
- 5) divulgar mi información a terceros si así lo exige la ley.

Al firmar esta autorización, **reconozco** que he comprendido que:


- Mis Proveedores de Servicios de Salud no podrán condicionar ni condicionarán mi tratamiento, pago del tratamiento, elegibilidad para los beneficios ni inscripción en los beneficios al hecho de que yo firme o no la presente Autorización del paciente.
- Ciertos Proveedores de Servicios de Salud, tales como las farmacias especializadas, podrán recibir un pago de GSK por divulgar mi información a GSK según lo permitido conforme a esta autorización.
- Una vez que se revele información sobre mí a GSK sobre la base de esta autorización, es posible que mi información ya no quede protegida por las leyes federales de privacidad y que dichas leyes no impidan que GSK divulgue posteriormente mi información. Sin embargo, entiendo que GSK ha acordado utilizar o divulgar la información recibida únicamente para los fines descritos en esta autorización o según lo exija la ley.
- Esta autorización permanecerá en vigor durante dos (2) años después de que la firme (a menos que la ley estatal exija un período más corto) o mientras participe en el Programa BENLYSTA Gateway, lo que dure más.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío por correo postal de una declaración por escrito y firmada de mi revocación a PO Box 221797, Charlotte, NC 28222-1797, pero que dicha revocación daría por terminada mi elegibilidad para participar en el programa BENLYSTA Gateway. La revocación de esta autorización prohibirá divulgaciones posteriores basadas en esta autorización por parte de mis Proveedores de Servicios de Salud después de la fecha de recepción de mi revocación por escrito, pero esto no aplicará en la medida en que ya hayan actuado con base en la presente autorización. Después de que se revoque esta autorización, entiendo que la información proporcionada a GSK antes de la revocación se puede divulgar dentro de GSK para mantener los registros de mi participación.

El paciente, o el representante autorizado del paciente, **DEBE** firmar este formulario para recibir los servicios de BENLYSTA Gateway. Si un representante autorizado firma en nombre del paciente, indique la relación con el paciente.

¿Qué sucede a continuación?

<h3>1.</h3>	<p>Contactamos a su aseguradora</p> <p>Investigaremos sus beneficios y lo ayudaremos a entender sus opciones de cobertura para BENLYSTA. Habitualmente, el procesamiento de la solicitud demora unos dos días hábiles.</p>	
<h3>2.</h3>	<p>Nos comunicaremos con usted</p> <p>Un representante lo llamará para ayudarlo a entender la cobertura actual de su plan, sus gastos de bolsillo y las opciones de asistencia financiera (si es elegible). Se le enviará a usted y a su proveedor de atención médica un resumen de esta información sobre beneficios. La información proporcionada por Gateway no es una garantía de cobertura.</p> <p>¿Qué sucede a continuación?</p> <p>Esté atento a una llamada telefónica. Es posible que no reconozca el número, pero podría ser una llamada sobre su receta.</p> <p>Llame a su médico. Si no tiene ninguna noticia en las siguientes dos semanas, comuníquese con el consultorio de su médico para verificar el estado de su receta.</p>	

Opcional: Asistencia de BENLYSTA Cares

<h3>3.</h3>	<p>BENLYSTA Cares ofrece servicios para el paciente que lo ayudarán a iniciar y continuar el tratamiento con BENLYSTA. Si está inscrito, un profesional de la salud* de la Línea de asistencia de enfermería de BENLYSTA Cares le llamará. La Línea de asistencia le ayudará a dar los primeros pasos al responder las preguntas que pueda tener sobre BENLYSTA.</p> <p>Llámelos: 1-877-4-BENLYSTA (1-877-423-6597)</p> <p>*El personal de BENLYSTA Cares no brinda asesoramiento médico. Le indicarán que se comunique con su profesional de salud para preguntas relacionadas con enfermedades, tratamientos o derivaciones.</p> <p>Consentimiento para la Asistencia de BENLYSTA Cares:</p> <p>Al proporcionar su nombre, domicilio, dirección de correo electrónico y otra información, incluida su indicación a continuación, usted autoriza que GSK y las empresas que trabajan para o con GSK lo contacten para fines de mercadeo, estudios de mercado o publicidad, o lo inviten a interactuar de otras formas con GSK a través de diversos canales (p. ej., correo, correo electrónico, sitios web, publicidad en línea, aplicaciones y servicios) en relación con las afecciones médicas sobre las que usted ha expresado interés, así como otra información de GSK referente a la salud. GSK no venderá ni transferirá su nombre, domicilio ni dirección de correo electrónico a ningún otro tercero para sus propios fines de comercialización.</p> <p>Mi indicación (seleccione todas las respuestas aplicables)</p> <p><input type="checkbox"/> Lupus</p> <p><input type="checkbox"/> Nefritis lúpica</p> <p>Para obtener más información acerca de cómo GSK maneja su información, consulte nuestro aviso de privacidad en https://privacy.gsk.com/en-us.</p> <p>Dirección de correo electrónico:</p> <p>Se le alienta a que reporte efectos secundarios negativos de medicamentos recetados a la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA). Visite www.fda.gov/medwatch o llame al 1-800-FDA-1088.</p>	
-------------	---	--

¿Preguntas? Llame al 1-877-4-BENLYSTA (1-877-423-6597).

Hay representantes disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.