

MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN

Autorización de la HIPAA (Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud) archivada del paciente, en la que se autoriza divulgar la identificación e información de seguro del paciente a Sanofi US, y a sus agentes y representantes, para la Verificación de beneficios (BV)

Conexión de reembolso (BV)

- Solo para la BV (**llene las secciones 1-3**) (no se requieren firmas)
- BV y Asistencia al paciente (si no se identifica cobertura, se requiere la firma del médico que receta y del paciente) (**llene las secciones 1-3 y 5**)

Conexión de asistencia al paciente

(posible gracias a Sanofi Cares North America). Se requiere la firma del médico que receta y del paciente para el programa de medicamentos sin costo (**llene las secciones 1-3 y 5**)

Conexión de recursos

Se requiere la firma del paciente en el caso de recursos adicionales para el paciente (**llene las secciones 1-5**)

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____ Sexo: M F
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 N.º de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º del seguro social: _____ ¿Sin seguro?
 Dirección de correo electrónico: _____ Lengua materna: _____

| | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Seguro principal: | Seguro secundario: |
| N.º de póliza: | N.º de póliza: |
| Nombre del titular de la póliza: | Nombre del titular de la póliza: |
| Fecha de nacimiento: | Fecha de nacimiento: |
| N.º de teléfono del seguro: | N.º de teléfono del seguro: |
| N.º de grupo: | N.º de grupo: |

2. INFORMACIÓN DE TRATAMIENTO Y PRESCRIPCIÓN *(consulte las instrucciones para productos disponibles en la página 3)*

Para Lantus® (inyección de insulina glargina) 100 unidades/ml o Apidra® (inyección de insulina glargina [con origen en ADNr]) o ADMELOG® (inyección de insulina lispro) 100 unidades/ml, indicar viales o plumas. Si las plumas no se indican, los viales serán el producto predeterminado para el envío. Todos los demás medicamentos usados para el tratamiento de la diabetes solo están disponibles en plumas. Para Toujeo® (insulina glargina) 300 unidades/ml, indicar SoloStar® o Max SoloStar®. Si Max SoloStar® no se indica, SoloStar® será el medicamento predeterminado para el envío.

| Ejemplo: | Producto de ejemplo | CIE/Dx: | Introducir el código de la CIE-10 | Rx: | Dosis | Cant.: 90 días | Resurtidos: 3 |
|--------------|---------------------|---------|-----------------------------------|-----|-------|----------------|---------------|
| Medicamento: | | CIE/Dx: | | Rx: | | Cant.: | Resurtidos: |
| Medicamento: | | CIE/Dx: | | Rx: | | Cant.: | Resurtidos: |

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA

Nombre del médico que receta: _____ Tipo del médico que receta: _____ Estado donde obtuvo su licencia: _____
 N.º de licencia estatal: _____ N.º de NPI: _____ N.º identificación fiscal: _____ N.º de la DEA: _____

Nombre del médico (si no es el médico que receta): _____ Estado donde obtuvo su licencia: _____ N.º de licencia estatal: _____

Nombre de la institución: _____ Tipo de institución: Consultorio/clínica del médico que receta Paciente externo del hospital
 Paciente interno del hospital

Dirección de la institución:* _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

*El producto de Sanofi se debe enviar a la dirección, firmada o autorizada por el médico que receta, del consultorio u hospital del médico que receta, no a un tercero.

Nombre del contacto principal: _____ Cargo/función: _____

N.º de teléfono principal: _____ N.º de fax principal: _____ Correo electrónico principal: _____

Certifico que la información proporcionada está actualizada y completa, y que es exacta, a mi leal saber y entender. Certifico que el producto de Sanofi es médicamente necesario para este paciente y que estoy autorizado por la ley estatal para recetar y entregar el medicamento solicitado. Certifico que he obtenido de mi paciente toda autorización escrita necesaria para divulgar la identificación personal e información médica y de seguro de mi paciente a Sanofi US o a la Sanofi Cares North America [Fundación Sanofi para Norteamérica] y a sus agentes y representantes. Entiendo que toda información proporcionada es para uso exclusivo del Programa en la verificación de la cobertura de seguro de mi paciente, con el fin de evaluar, si es aplicable, la elegibilidad del paciente para la participación en el programa de asistencia para pacientes y, por lo demás, para administrar el programa Conexión para Pacientes de Sanofi y servicios relacionados. Entiendo que no estoy obligado a recetar ningún producto de Sanofi y que no he recibido ni recibiré ningún beneficio de Sanofi ni de sus agentes o representantes por recetar un producto de Sanofi. La dirección de la institución mencionada arriba, en la Sección 3, es la dirección de mi consultorio u hospital. Mi firma certifica que los productos recetados que se reciban de este Programa se usarán solo para el paciente mencionado arriba y no se revenderán ni se ofrecerán a la venta, comercio o trueque, no se devolverán para crédito, y no se buscará pago alguno de ningún pagador, paciente u otra fuente por productos recibidos del Programa.

FIRME AQUÍ

 Firma del médico que receta
 (requerida; no se permiten la firma con sello)

 Nombre
 (en letra de imprenta)

 Fecha

4. CONEXIÓN DE RECURSOS

¿Desea el paciente que el programa lo contacte para ayudarlo a identificar recursos que proporcionan otras organizaciones?

Sí (se requiere la firma del paciente debajo) No

Si la respuesta es Sí, marque qué recursos le interesarían al paciente, si es que están disponibles:

Servicios de apoyo clínico Transporte Apoyo de defensa de pacientes
 Suplementos nutricionales (tiendas de alimentos, bancos de alimentos, etc.) Insumos de salud/auxiliares estéticos
 Servicios de atención domiciliaria (refugio, servicios públicos, etc.) Otros: _____

5. CONEXIÓN DE ASISTENCIA AL PACIENTE (certificación y autorización para divulgar información)

N.º total de personas en la familia: 1 2 3 4 5 Otro: _____ Ingreso familiar anual: \$ _____

Verificación de ingresos: Conexión para Pacientes de Sanofi y sus agentes terceros autorizados usarán mi fecha de nacimiento o número del seguro social, o información demográfica adicional, según sea necesario, para tener acceso a mi información de crédito e información derivada de fuentes públicas y otras para estimar mi ingreso en relación con el proceso de determinación de elegibilidad. Como consulta de crédito, esta opción no afectará mi calificación de crédito. Conexión para Pacientes de Sanofi y sus agentes terceros autorizados se reservan el derecho a solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): Yo, _____, declaro que la información y los documentos proporcionados en conexión con esta solicitud son completos y exactos. Acepto informar de inmediato a un representante del Programa y a mi médico/proveedor de atención médica si mis ingresos o estado de seguro cambian durante mi participación en este Programa. Entiendo que el patrocinador del Programa, Sanofi US, sus compañías filiales (es decir, Sanofi Pasteur U.S. y Genzyme, una Compañía de Sanofi), la Sanofi Cares North America y sus agentes terceros autorizados involucrados en la administración de este Programa (conjuntamente, "Patrocinador del Programa"), usarán mi información para los propósitos de determinar mi participación en el Programa y administrarla, lo que podría incluir contactarme y contactar a mi médico/proveedor de atención médica, personal del consultorio/hospital, aseguradora (pública/privada) u otros. Entiendo que un representante de Sanofi podría contactarme para el seguimiento de eventos adversos que se puedan reportar relacionados a un producto de Sanofi. Autorizo y consiento la divulgación de información que permita identificarme, lo que incluye información y registros médicos, financieros y de seguro, según se requiera para la participación en el Programa. Mi autorización incluye la divulgación de información relativa al tratamiento por abuso de sustancias, trastornos psiquiátricos o médicos, y resultados de pruebas o diagnóstico del VIH, si se requiere. Entiendo que la información que permita identificarme será confidencial y no se usará ni se divulgará, salvo para administrar el Programa o como lo requiera la ley. Entiendo que la información cuya divulgación autorizo podría divulgarse nuevamente y ya no contar con la protección de las normas federales de privacidad. Acepto que esta autorización es voluntaria y que me puedo rehusar a firmar esta autorización. La renuencia a firmarla no afectará mi capacidad para obtener tratamiento; pero no podré participar en este Programa. A menos que la revoque, esta autorización se mantendrá en efecto durante toda mi participación en el Programa, lo que incluye la presentación de una nueva solicitud posterior, según se requiera. Puedo retirar en cualquier momento esta autorización mediante una notificación por escrito dirigida a mi médico/proveedor de atención médica; pero el retiro de la autorización dará por terminada mi participación en este Programa y no afectará la información que ya se haya divulgado conforme a esta Autorización. Entiendo que es mi responsabilidad dar seguimiento con el médico que me receta o el Programa para asegurarme de que mis órdenes de resurtido, según sea apropiado, se envíen oportunamente a efecto de que no me quede sin medicamento. Entiendo que Sanofi US y la Sanofi Cares North America se reservan el derecho, en cualquier momento y sin previo aviso, a modificar o cambiar los criterios de elegibilidad, o modificar o interrumpir este Programa.

Permito que Conexión para Pacientes de Sanofi hable con la persona u organización siguiente acerca de la información de esta solicitud y el estado de mi solicitud.

Representante/organización: _____ Relación: _____ N.º de teléfono: _____

FIRME AQUÍ

Firma del paciente

Nombre (en letra de imprenta)

Fecha

LISTA DE CONTROL DE LA SOLICITUD (la solicitud se retrasará si no se recibe toda la información)

- Verificación del consentimiento según la HIPAA o firma del proveedor incluida
- Se debe llenar lo siguiente, según sea necesario: Dosis, código del diagnóstico, número de licencia estatal y detalles del seguro
- Firmas del médico que receta y el paciente (requeridas para Conexión de asistencia al paciente)
- Firma del paciente (requerida para la Conexión de recursos)

SELECCIÓN DE PRODUCTOS *(indique el producto deseado en la Sección 2 para todos los servicios)*

- Adace® (toxoides tetánico, toxoides diftérico reducido y vacuna acelular adsorbida contra la tos ferina)
- ADMELOG® (inyección de insulina lispro) 100 unidades/ml
- Adlyxin® (lixisenatida) en inyección
- Apidra® (insulina glulisina [con origen en ADNr] en inyección)
- Clolar® (clofarabina) en inyección
- Elitek® (rasburicasa)*
- Imogam® Rabia-inmunoglobulina HT [humana] USP, tratada con calor
- Imovax® Vacuna antirrábica [células diploides humanas]
- Jevtana® (cabazitaxel) en inyección*
- Lantus® (inyección de insulina glargina) 100 unidades/ml
- Lovenox® (inyección de enoxaparina sódica)*
- Menactra® Vacuna polisacárida meningocócica (contra los serotipos A, C, Y y W-135) combinada con toxoide diftérico
- Mozobil® (inyección de plerixafor)
- Multaq® (dronedarona) en comprimidos*
- Pentace® (vacuna conjugada anti-Haemophilus influenzae tipo b y anti-poliovirus, inactivado y absorbido, más toxoide diftérico, tetánico y tos ferina acelular [conjugado toxoide tetánico])
- Priftin® (rifapentina) en comprimidos
- SOLIQUA® 100/33 (inyección de insulina glargina y lixisenatida) 100 U (unidades)/ml y 33 mcg/ml
- Tenivac® (toxoides tetánico y diftérico adsorbidos)
- Thymoglobulin® [globulina antitímocítica (de conejo)]*
- Toujeo® (inyección de insulina glargina) 300 unidades/ml (plumas de 1.5 ml o 3.0 ml)**
- Zaltrap® (ziv-aflibercept)*

*Consulte la información de prescripción completa de los EE. UU., incluida la advertencia en recuadro negro.

**Regular SoloStar® se envasa en 3 plumas por paquete de 450 unidades/plumas; administra hasta 80 unidades por una inyección. Max SoloStar® se envasa en 2 plumas por paquete de 900 unidades/plumas; administra hasta 160 unidades por una inyección; la pluma Max administra en aumentos de 2 unidades.

En www.visitspconline.com, puede tener acceso a la información de prescripción completa de los EE. UU. de todos los productos que apoya Conexión para Pacientes de Sanofi.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE LA CONEXIÓN DE ASISTENCIA AL PACIENTE

- Se debe presentar una solicitud por cada paciente.
- El paciente debe ser ciudadano o residente de EE. UU. y estar bajo la atención de un proveedor de atención médica con licencia, autorizado para recetar, entregar y administrar medicamentos en EE. UU. (el número de licencia estatal se requiere en la Sección 3).
- El paciente no debe tener cobertura de seguro o no tener acceso al producto o tratamiento recetado a través de su seguro.
- Si el paciente tiene cobertura de Medicare Parte D, se puede evaluar su elegibilidad para la asistencia al paciente si cumple con estos criterios:
 - No tener cobertura de un producto genérico equivalente
- Haber gastado al menos el 5 % de su ingreso familiar anual en medicamentos de venta bajo receta cubiertos por su plan Parte D en el año vigente.
- Si un paciente parece ser elegible para Medicaid, se podría requerir que proporcione documentación de la denegación de Medicaid antes de evaluarlo para la elegibilidad de asistencia al paciente.
- El paciente debe cumplir con los criterios financieros siguientes:
 - Ingreso familiar anual \leq 250 % del nivel de pobreza federal* vigente para todos los productos no oncológicos ni hematológicos
 - Ingreso familiar anual \leq 500 % del nivel de pobreza federal* vigente para todos los productos oncológicos y hematológicos
- Si solicita el reemplazo del medicamento (solo para Lovenox y productos oncológicos y hematológicos), se debe presentar una copia de la reclamación, la denegación y hojas de flujo y registro de entrega del medicamento (con el nombre del paciente, fecha de servicio, NDC/n.º de lote y dosis total).
- En el caso de vacunas, el paciente debe tener al menos 19 años de edad (excepto para IMOVAX RABIES e IMOGAM RABIES HT).

*Para evaluar los detalles del nivel de pobreza federal vigente, visite <http://aspe.hhs.gov>.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Un representante de Sanofi podría contactarlo para el seguimiento de eventos adversos que pueda reportar como relacionados a un producto de Sanofi.
- Conexión para Pacientes de Sanofi también se complace de proporcionarle acceso al "Centro de Educación de SPC" si llama al 855.977.2338 (855.9SPCEDU), disponible de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 8:00 p. m, hora del este. Puede hablar con un asesor en vivo dedicado a:
 - Proporcionar información acerca de recursos locales relacionados con la reforma de los cuidados de salud
 - Dirigirlo al Mercado de seguros de salud que opera en los niveles federal o estatal

OPCIONES DE PRESENTACIÓN DEL FORMULARIO



Portal seguro del proveedor
www.visitspconline.com



Fax
1.888.847.1797



Servicio postal de los EE. UU.

