

MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN

- Autorización de la HIPAA (Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996) archivada, 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 BV y Conexión de recursos
- 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 1-4 y 6)
- Conexión de recursos** Recursos adicionales para el paciente; se requiere la firma del 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 celular: _____ N.º de teléfono fijo: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º del seguro social: _____
 Dirección de correo electrónico: _____ Lengua materna: _____

Seguro principal:		Seguro secundario:	
N.º de teléfono del seguro:		N.º de teléfono del seguro:	
N.º de póliza de seguro de salud:	N.º de grupo:	N.º de póliza de seguro de salud:	N.º de grupo:
Nombre del titular de la póliza:	FDN:	Nombre del titular de la póliza:	FDN:
Farmacia:		Farmacia:	
N.º de teléfono de la farmacia:		N.º de teléfono de la farmacia:	
N.º de póliza de la farmacia:	N.º de BIN de Rx:	N.º de póliza de la farmacia:	N.º de BIN de Rx:

2. INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y PRESCRIPCIÓN

- M17.0 M17.10 M17.11 M17.12 M17.2 M17.30 M17.31 M17.32 M17.4 M17.5 M17.9 Otro: _____
- Vea explicaciones de los códigos en la página 3.

<input type="checkbox"/> 8 mg/ml (1) 10 ml en jeringa precargada	<input type="checkbox"/> 8 mg/ml (3) 2.25 ml en jeringas precargadas
Inyecte una jeringa de Synvisc-One en: <input type="checkbox"/> Rodilla izquierda <input type="checkbox"/> Rodilla derecha <input type="checkbox"/> Bilateral	Inyecte una jeringa de Synvisc semanal durante tres semanas en: <input type="checkbox"/> Rodilla izquierda <input type="checkbox"/> Rodilla derecha <input type="checkbox"/> Bilateral
Fecha en que se necesita: _____ Cant. de kits: _____	Fecha en que se necesita: _____ Cant. de kits: _____

- ¿Ha recibido el paciente tratamientos farmacológicos con hialuronato sódico? Sí No
 Si la respuesta es Sí, ¿han transcurrido menos de 6 meses desde la última inyección de hialuronato en la MISMA rodilla? Sí No
 Si la respuesta es Sí, fecha de la última inyección: _____ Lugar de la última inyección: Rodilla izquierda Rodilla derecha Bilateral

3. SERVICIO DE COMPRA Y FACTURACIÓN O CANALIZACIÓN A SPP

1. Si ambas opciones están disponibles, indique su preferencia: Compra y facturación *Farmacia especializada (se requiere la firma del médico que receta, abajo)
 2. Si SPP es la única opción, ¿desea que su receta se canalice a la farmacia especializada? *Sí (se requiere la firma del médico que receta) No
- SPP (Conexión para Pacientes de Sanofi) realizará una verificación completa de beneficios de su paciente. Si se selecciona SPP, sírvase indicar a su paciente que haga el copago en la farmacia tan pronto sea posible, para evitar demoras en el tratamiento, ya que el producto se enviará solo después de haber recibido el copago.*
 *El Programa canalizará la receta a la farmacia especializada con mejor relación costo/beneficio para la entrega de Synvisc al paciente mencionado arriba. Si hay opciones múltiples con el mismo costo para el paciente, Conexión de Synvisc seleccionará cuál farmacia especializada contactará sobre una base de rotación en todo el programa. La ley estatal podría requerir que la farmacia contacte directamente al médico que receta.

4. INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA

Nombre del médico que receta: _____ Tipo de médico que receta: _____ Estado donde obtuvo su licencia: _____
 N.º de licencia estatal: _____ N.º de NPI: _____ N.º de 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: _____ N.º de NPI: _____ N.º de identificación fiscal: _____ N.º de la DEA: _____
 Nombre de la institución: _____ Tipo de institución: Consultorio médico Paciente externo del hospital
 Dirección de la institución: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Instrucciones adicionales de envío o dirección, si difieren de la dirección de la institución indicada arriba: _____
 Nombre del contacto principal: _____ Cargo/función: _____ N.º de teléfono principal: _____
 N.º de fax principal: _____ Dirección de correo electrónico: _____

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. 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 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 4, 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

SOLO REQUERIDO PARA LA CANALIZACIÓN A SPP O PARA CONEXIÓN DE ASISTENCIA AL PACIENTE

5. CONEXIÓN CON RECURSOS

¿Puede contactar el Programa al paciente con información sobre recursos externos? Sí No

Si la respuesta es Sí, marque cuáles recursos interesarían a su paciente, si están disponibles:

- Servicios de apoyo clínico Transporte Apoyo de defensa de pacientes Programas de copago
- Suplementos nutricionales (tienda de comestibles, bancos de alimentos, etc.) Insumos médicos (soportes para la rodilla, andadores, elevadores de silla, etc.)
- Servicios de atención domiciliaria (refugio, servicios públicos, etc.) Otros: _____

Si marca la casilla Sí, nuestro equipo contactará al paciente o el proveedor para facilitar la identificación de recursos que proporcionan otras organizaciones.

6. CONEXIÓN DE ASISTENCIA A PACIENTES (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 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 Sanofi Genzyme), 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. 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 se podría divulgar 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 hace la receta o con 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 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 de la HIPAA
- Detalles del seguro
- Verificación del código de diagnóstico
- Firma del médico que receta (solo se requiere para la canalización a SPP o para Conexión de asistencia al paciente)
- Firma del paciente (solo se requiere para Conexión de asistencia a pacientes o Conexión de recursos) o firma del proveedor incluida

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



Haga [clic aquí](#) para la información de prescripción completa de Synvisc One.



Haga [clic aquí](#) para la información de prescripción completa de Synvisc.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE LA CONEXIÓN DE ASISTENCIA A PACIENTES

- 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 4).
- El paciente no debe tener cobertura de seguro o no tener acceso al producto o tratamiento recetado a través de su seguro.
- El paciente debe cumplir con los criterios financieros siguientes:
 - Ingreso familiar anual \leq 250 % del nivel de pobreza federal*

*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 operado en los niveles federal o estatal

EXPLICACIONES DE LOS CÓDIGOS DE LA CIE-10

M17.0 (Osteoartritis primaria bilateral de la rodilla)	M17.31 (Osteoartritis postraumática unilateral de la rodilla derecha)
M17.10 (Osteoartritis primaria unilateral, rodilla no especificada)	M17.32 (Osteoartritis postraumática unilateral de la rodilla izquierda)
M17.11 (Osteoartritis primaria unilateral de la rodilla derecha)	M17.4 (Otras osteoartritis secundarias bilaterales de la rodilla)
M17.12 (Osteoartritis primaria unilateral de la rodilla izquierda)	M17.5 (Otras osteoartritis secundarias unilaterales de la rodilla)
M17.2 (Osteoartritis postraumática bilateral de la rodilla)	M17.9 (Osteoartritis de la rodilla, no especificada)
M17.30 (Osteoartritis postraumática unilateral de la rodilla, no especificada)	

OPCIONES DE PRESENTACIÓN DEL FORMULARIO



Portal seguro del proveedor
www.visitspconline.com



Fax
1.888.847.1797



Servicio postal de los EE. UU.