

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

Instrucciones importantes para completar el formulario de inscripción de Benlysta Gateway

Paso 1: Datos del paciente (página 2)

← Complete la sección Datos del paciente.

← Complete la sección Datos del seguro.

← Si se solicita el Programa de asistencia al paciente, pídale al paciente que complete esta sección.

Paso 2: Información del prescriptor (página 3)

← Complete la sección Datos del prescriptor.

← Si el lugar de administración no es el consultorio que realiza la prescripción, complete la sección Centro de atención.

← Complete la sección Códigos de diagnóstico e información clínica.

Paso 3: Información sobre la receta (página 4)

← Complete la sección Información sobre la receta.

← Complete la Firma del prescriptor.

Paso 4: Consentimiento y firma del paciente (página 2)

Vuelva a la página 2 y obtenga la firma del paciente. Nota importante:

- Se requiere la firma del formulario de autorización conforme a la HIPAA.
- La firma de BENLYSTA Cares es opcional.

Próximos pasos



Entregue una copia firmada de este formulario al paciente.



Envíe por fax el formulario de inscripción completado al 1-877-850-9901 o de forma electrónica a Benlysta Gateway en www.BenlystaGatewayOnline.com

This page intentionally left blank

Complete el formulario, fírmelo y envíelo por FAX al **1-877-850-9901**. Para obtener ayuda, llame al **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

Apoyo 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 del contacto alternativo:
¿Se puede dejar un mensaje de voz detallado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Casa/móvil:
Horario preferido para llamadas: <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche		Teléfono del contacto alternativo:
Relación del contacto alternativo con el paciente:		

Inscríbese para recibir notificaciones por mensaje de texto (opcional):

- Inclusión voluntaria (incluya el número de teléfono móvil anterior)

Al suscribirse para recibir mensajes de texto, autoriza a GSK y a sus prestadores de servicios para que se comuniquen con usted y para que le envíen comunicaciones acerca de su inscripción en BENLYSTA Gateway por teléfono y por mensaje de texto. Estas llamadas o mensajes de texto pueden generarse mediante discado automático o mediante mensajes pregrabados al número que proporcione. El número y el tipo de mensajes dependerá de sus selecciones de programa; podrían aplicarse tarifas de mensajes y datos. En cualquier momento puede solicitar dejar de recibir llamadas telefónicas o mensajes de texto; para hacerlo, siga las instrucciones para excluirse que se proporcionan durante dichas comunicaciones.

Nombre en letra de imprenta:

Relación con el paciente:

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE DE GATEWAY*

AQUÍ SE REQUIERE LA FIRMA DEL PACIENTE

Fecha:

He leído y estoy de acuerdo con el formulario de autorización del paciente conforme a la HIPAA (consultar página 6).*

CONSENTIMIENTO PARA EL PROGRAMA DE APOYO DE BENLYSTA CARES

FIRMA DEL PACIENTE AQUÍ

Fecha:

He leído y acepto el consentimiento del programa de Apoyo BENLYSTA Cares OPCIONAL (consulte la página 5). Si ha decidido participar en el Programa BENLYSTA Cares, escriba su dirección de correo electrónico en la página 5.

*Información del seguro: Proporcione copias de frente y reverso de todas las tarjetas de seguro médico y de medicamentos recetados.

<input type="checkbox"/> 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): Para completar por el paciente solo si solicita 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 (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:

EL PACIENTE DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN

Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI):

Tenga en cuenta que esto no constituye un seguro de salud. Los solicitantes autorizan al PAP especializado de GSK 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 PAP especializado de GSK. 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 verdadera. Si tiene más preguntas acerca de la elegibilidad, comuníquese con BENLYSTA Gateway.

Las marcas comerciales son propiedad del grupo de empresas de GSK o se usan conforme a una licencia otorgada al grupo de empresas de GSK.



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Complete el formulario, fírmelo y envíelo por FAX al 1-877-850-9901. Para obtener ayuda, llame al 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*:	Ext:	Fax*:
ID fiscal del prescriptor*:	N.º de licencia estatal*:		
N.º de identificación de proveedor nacional (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/centro donde se administrará:	Nombre del médico que lo administrará:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Ext:	Fax:	
ID fiscal:	NPI:		

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

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.

Diagnóstico para el código ICD-10*:	Fecha del diagnóstico (mm/dd/aaaa):
<input type="checkbox"/> M32.10 Lupus eritematoso sistémico, afectación de órganos o sistemas no especificada	Anticuerpo antinuclear (AAN):
<input type="checkbox"/> M32.8 Otras formas de lupus eritematoso sistémico	Nivel de anticuerpos anti-ADN de doble cadena:
<input type="checkbox"/> M32.9 Lupus eritematoso sistémico, no especificado	Puntuación SELENA-SLEDAI: Peso del paciente:
<input type="checkbox"/> M32.14 Glomerulonefritis por lupus eritematoso sistémico	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> M32.15 Nefritis tubulointersticial por lupus eritematoso sistémico	<input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos:
<input type="checkbox"/> Otro:	

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Complete el formulario, fírmelo y envíelo por FAX al **1-877-850-9901**. Para obtener ayuda, llame al **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, ¿a cuál?

No derivar la receta a una farmacia especializada

Prescripción

El prescriptor debe indicar el régimen de dosificación preferido de BENLYSTA

MEDICAMENTO	CONCENTRACIÓN/ FORMA FARMACÉUTICA	CANT.	RESURTIDOS	INSTRUCCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN (para que complete el prescriptor)
-------------	--------------------------------------	-------	------------	---

Administrado en el consultorio (IV)

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



Administrado por el paciente (SC)

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


Declaración del prescriptor: Certifico que la información que antecede es veraz y que le he recetado BENLYSTA al paciente antes nombrado. Por la presente certifico que, en el caso de cualquier paciente asegurado que procure asistencia de copago de conformidad con el Programa de copago y en ausencia del apoyo económico de dicho programa, todos los copagos, coaseguros u otros gastos de bolsillo aplicables a BENLYSTA se le cobrarán al paciente en el momento del tratamiento. Designo a BENLYSTA Gateway para que, en mi nombre, 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 las 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)

¿Qué sucede a continuación?

<p>1.</p>	<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>	
<p>2.</p>	<p>Nos comunicaremos con usted</p> <p>Un representante lo llamará para ayudarlo a entender la cobertura actual de su plan, sus gastos de desembolso 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: Apoyo BENLYSTA Cares

<p>3.</p>	<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 BENLYSTA Cares lo llamará. La Línea de asistencia lo preparará respondiendo 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 asesoría médica. Le indicarán que se comunique con su profesional de salud por preguntas relacionadas con enfermedades, tratamientos o derivaciones.</p> <p>Consentimiento para el programa de apoyo de BENLYSTA Cares:</p> <p>Al proporcionar su nombre, domicilio, dirección de correo electrónico y cualquier otra información, incluida su indicación a continuación usted autoriza a GSK y a las empresas que trabajan para o con autorización de GSK a hacerle llegar promociones de mercadeo, estudio de mercado o con fines de publicidad, o invitarle a interactuar con GSK a través de diversos medios (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 cualquier 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 todo lo que corresponda)</p> <p><input type="checkbox"/> Lupus</p> <p><input type="checkbox"/> Nefritis lúpica</p> <p>Para obtener más información sobre cómo GSK trata 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 los efectos secundarios negativos de medicamentos recetados a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA). Visite www.fda.gov/medwatch o llame al 1-800-FDA-1088.</p>	
-----------	---	--

¿Tiene 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.

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) comunicarme con mis proveedores de servicios de salud acerca de mi prescripción de BENLYSTA y 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 permita esta autorización.
- Una vez que se revele información sobre mí a GSK con base en 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 enviando por correo postal una declaración escrita firmada de mi revocación a P.O. Box 5490, Louisville, KY 40255, pero tal revocación pondría fin a 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.
- Comprendo que, como paciente o firmante, tengo derecho a recibir una copia firmada de este formulario.

*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.*

This page intentionally left blank