

Complete el formulario, fírmelo y envíelo por FAX al 1-844-237-3172. Para obtener ayuda, llame al 1-844-468-2252 de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

## Instrucciones importantes para completar el formulario de inscripción de Gateway to Nucala

### 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.

← Si se solicita Bridge, sección Bridge to NUCALA

← 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 MyNUCALA es opcional.

### Próximos pasos



Entregue una copia firmada de este formulario al paciente.



Envíe por fax el formulario completado al 1-844-237-3172 o de forma electrónica a Gateway for Nucala en [www.GatewaytoNucala.com](http://www.GatewaytoNucala.com)

**This page intentionally left blank**

Complete el formulario, fírmelo y envíelo por FAX al 1-844-237-3172. Para obtener ayuda, llame al 1-844-468-2252 de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

## Servicios de Gateway to Nucala

- Verificación de beneficios e investigación de autorización previa
- Seguimiento de autorización previa y asistencia para apelaciones
- Programa de copago (**únicamente comercial**)
- Programa de asistencia al paciente (PAP)

- Derivación de recetas a farmacias especializadas (SP)
- Asistencia para reclamos y facturación
- Bridge to NUCALA (completar receta de Bridge en la página 4)

Asistencia de MyNUCALA (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:

Relationship to patient:

### 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 ASISTENCIA DE MYNUCALA

FIRMA DEL PACIENTE AQUÍ

Fecha:

He leído y acepto el consentimiento para la Asistencia de MyNUCALA OPCIONAL (consultar página 5). Si ha decidido participar en el Programa MyNUCALA, 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):

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 Gateway to NUCALA.

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.



Complete el formulario, fírmelo y envíelo por FAX al 1-844-237-3172. Para obtener ayuda, llame al 1-844-468-2252 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*:			

Formulación del producto*	Lugar de administración	Método de adquisición
<input type="checkbox"/> Vial liofilizado (LYO)	→ Administrado en el consultorio únicamente	→ Buy & Bill → Farmacia especializada
<input type="checkbox"/> Autoinyector (AI)	→ Administrado por el paciente	→ Farmacia especializada
<input type="checkbox"/> Jeringa precargada (PFS)	→ Administrado por el paciente	→ Farmacia especializada
<input type="checkbox"/> Me gustaría entender la cobertura para todas las formulaciones.		

## 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:	NPI:
<input type="checkbox"/> Marque aquí si necesita la asistencia de Gateway para identificar un centro de atención adecuado (centro de infusión)			

## Códigos de 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.

Asma grave	<input type="checkbox"/>	J45.50	Asma persistente grave, sin complicaciones	Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA)	<input type="checkbox"/>	M30.1	Poliarteritis con afectación pulmonar [Churg-Strauss]
	<input type="checkbox"/>	J45.51	Asma persistente grave con exacerbación (aguda)				
	<input type="checkbox"/>	J82.83	Asma eosinofílico				
Pólipos nasales	<input type="checkbox"/>	J33.0	Pólipo de la cavidad nasal	Síndrome hipereosinofílico (HES)	<input type="checkbox"/>	D72.110	Síndrome hipereosinofílico idiopático (IHES)
	<input type="checkbox"/>	J33.1	Degeneración polipoide del seno				
	<input type="checkbox"/>	J33.8	Otro pólipo sinusal				
	<input type="checkbox"/>	J33.9	Pólipos nasales, no especificado	Otro	<input type="checkbox"/>		

Fecha del diagnóstico:

Alergias:

Complete el formulario, fírmelo y envíelo por FAX al 1-844-237-3172. Para obtener ayuda, llame al 1-844-468-2252 de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se requiere la firma del prescriptor a continuación para recetas y/o inscripción</li> <li>• La selección de farmacias especializadas está sujeta a los requisitos del plan de salud</li> </ul>			
<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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿a cuál?			
<input type="checkbox"/> No derivar la receta a una farmacia especializada			

## PRESCRIPCIÓN: El prescriptor debe indicar el régimen de dosificación preferido de NUCALA

MEDICAMENTO	CONCENTRACIÓN/FORMA FARMACÉUTICA	CANT.	RESURTIDOS	INSTRUCCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN
<b>Administrado en el consultorio</b>				
Vial liofilizado de NUCALA (LYO)	<input type="checkbox"/> 100 mg de polvo liofilizado en un vial de dosis única para reconstitución (NDC 0173-0881-01); reconstituir con 1.2 ml de agua esterilizada para inyección, USP			<input type="checkbox"/> Asma grave pediátrica (pacientes de 6 a 11 años): <b>40 mg</b> por vía subcutánea en la parte superior del brazo, muslo o abdomen cada 4 semanas (LYO y PFS solamente)
Jeringa precargada (PFS) de NUCALA	<input type="checkbox"/> Jeringa precargada con solución de 40 mg/0.4 ml en una dosis única (NDC 0173-0904-42)			
<b>Administrado en el hogar</b>				
Autoinyector (AI) NUCALA	<input type="checkbox"/> Autoinyector precargado con solución de 100 mg/ml en una dosis única (NDC 0173-0892-01)			<input type="checkbox"/> Asma grave/Pólipos nasales: <b>100 mg</b> por vía subcutánea en la parte superior del brazo, muslo o abdomen cada 4 semanas  <input type="checkbox"/> EGPA/HES: <b>300 mg</b> por vía subcutánea administrados en 3 inyecciones separadas de 100 mg en la parte superior del brazo, muslo o abdomen cada 4 semanas
Jeringa precargada (PFS) de NUCALA	<input type="checkbox"/> Jeringa precargada con solución de 100 mg/ml en una dosis única (NDC 0173-0892-42)			
	<input type="checkbox"/> Jeringa precargada con solución de 40 mg/0.4 ml en una dosis única (NDC 0173-0904-42)			

## Bridge to NUCALA: El prescriptor debe completar esto solo si se solicita Bridge



MEDICAMENTO	CONCENTRACIÓN/FORMA FARMACÉUTICA	RESURTIDOS	INSTRUCCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN/CANTIDAD
<b>Administrado en el consultorio</b>			
Vial liofilizado de NUCALA (LYO)	<input type="checkbox"/> 100 mg de polvo liofilizado en un vial de dosis única para reconstitución (NDC 0173-0881-01); reconstituir con 1.2 ml de agua esterilizada para inyección, USP	1	<input type="checkbox"/> Asma grave pediátrica (pacientes de 6 a 11 años): <b>40 mg</b> por vía subcutánea en la parte superior del brazo, muslo o abdomen cada 4 semanas (LYO y PFS solamente). <b>CANT. 1</b>
Jeringa precargada (PFS) de NUCALA	<input type="checkbox"/> Jeringa precargada con solución de 40 mg/0.4 ml en una dosis única (NDC 0173-0904-42)	1	
<b>Administrado en el hogar</b>			
Autoinyector (AI) NUCALA	<input type="checkbox"/> Autoinyector precargado con solución de 100 mg/ml en una dosis única (NDC 0173-0892-01)	1	<input type="checkbox"/> Asma grave/Pólipos nasales: <b>100 mg</b> por vía subcutánea en la parte superior del brazo, muslo o abdomen cada 4 semanas. <b>CANT. 1</b>  <input type="checkbox"/> EGPA/HES: <b>300 mg</b> por vía subcutánea administrados en 3 inyecciones separadas de 100 mg en la parte superior del brazo, muslo o abdomen cada 4 semanas. <b>CANT. 3</b>
Jeringa precargada (PFS) de NUCALA	<input type="checkbox"/> Jeringa precargada con solución de 100 mg/ml en una dosis única (NDC 0173-0892-42)	1	
	<input type="checkbox"/> Jeringa precargada con solución de 40 mg/0.4 ml en una dosis única (NDC 0173-0904-42)	1	

Bridge to NUCALA ofrece productos sin cargo para los pacientes elegibles que cuentan con seguro privado cuando la solicitud de la PA ha estado pendiente en el pagador de conformidad con las reglas del programa y cuando se han cumplido otros criterios de elegibilidad del programa. Los proveedores no pueden tratar de obtener el reembolso de los productos que se brindaron sin cargo según los términos de este programa y reconocen que el programa no incluye el pago de las tarifas de administración.


**Declaración del prescriptor:** Certifico que la información que antecede es veraz y que le he recetado NUCALA 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 NUCALA se le cobrarán al paciente en el momento del tratamiento. Designo a Gateway to NUCALA 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.

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

## ¿Qué sucede a continuación?

<h3>1.</h3>	<p><b>Contactamos a su aseguradora</b></p> <p>Investigaremos sus beneficios y lo ayudaremos a entender sus opciones de cobertura para NUCALA. Habitualmente, el procesamiento de la solicitud demora unos dos días hábiles.</p>	
<h3>2.</h3>	<p><b>Nos comunicaremos con usted</b></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><b>¿Qué sucede a continuación?</b></p> <p><b>Esté atento a una llamada telefónica.</b> Es posible que no reconozca el número, pero podría ser una llamada sobre su receta.</p> <p><b>Llame a su médico.</b> 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 MyNUCALA

<h3>3.</h3>	<p>MyNUCALA ofrece servicios para el paciente que lo ayudarán a iniciar y continuar el tratamiento con NUCALA. Si está inscrito, un profesional de la salud* de la Línea de asistencia de enfermería MyNUCALA lo llamará. La Línea de asistencia lo preparará respondiendo las preguntas que pueda tener sobre NUCALA.</p> <p><b>Llámelos: 1-844-4-NUCALA (1-844-468-2252)</b></p> <p>*El personal de MyNUCALA no brinda asesoramiento médico. Le indicarán que se comunique con su profesional de salud por preguntas relacionadas con enfermedades, tratamientos o derivaciones.</p> <p><b>Consentimiento para asistencia de MyNUCALA:</b></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> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Asma grave</li> <li><input type="checkbox"/> Rinosinusitis crónica con pólipos nasales (CRSwNP)</li> <li><input type="checkbox"/> Granulomatosis eosinofílica con poliangiitis (EGPA)</li> <li><input type="checkbox"/> Síndrome hipereosinofílico (HES)</li> </ul> <p>Para obtener más información sobre cómo GSK trata su información, consulte nuestro aviso de privacidad en <a href="https://privacy.gsk.com/en-us">https://privacy.gsk.com/en-us</a>.</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 <a href="http://www.fda.gov/medwatch">www.fda.gov/medwatch</a> o llame al 1-800-FDA-1088.</p>	
-------------	--	--

**¿Tiene preguntas? Llame al 1-844-4-NUCALA (1-844-468-2252).  
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 Gateway to Nucala, que pueden incluir las siguientes actividades:

- 1) comunicarme con mis proveedores de servicios de salud acerca de mi prescripción de NUCALA y afección médica;
- 2) investigar y resolver mi consulta sobre reembolso, codificación o cobertura 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 y/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 Gateway to NUCALA, 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 Gateway to NUCALA. 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 Gateway to NUCALA. Si un representante autorizado firma en nombre del paciente, indique la relación con el paciente.

**This page intentionally left blank**