

Servicios solicitados
(marque solo los que correspondan)

Investigación de beneficios e investigación de autorización previa Apoyo para apelaciones Apoyo de asequibilidad

Para inscribirse en el Programa de Ahorros de AstraZeneca*, visite www.lokelmasavings.com

Para inscribirse en el Programa de Ahorros en Recetas Médicas de AZ&Me™ (Programa de Asistencia para Pacientes), visite www.azandmeapp.com

*Se aplicarán requisitos de elegibilidad.

Complete y firme el formulario, y envíe esta página por fax al **1-855-880-5258**.

Para preguntas o asistencia, llame al Programa de Apoyo My LOKELMA, de lunes a viernes, de 8 A. M. a 8 P. M., hora del este, al **1-866-494-8080**.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1 Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento del paciente: ____ / ____ / ____ Sexo: M F
Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
N.º de teléfono preferido: Hogar Celular _____ Correo electrónico del paciente: _____
Nombre de un contacto alternativo: _____ Relación con el paciente: _____
N.º de teléfono del contacto alternativo: _____ Idioma preferido del paciente (si no es inglés): _____
¿Podemos dejar un correo de voz detallado? Sí No Vía de contacto preferida: Correo electrónico Mensaje de texto Ambos

Autorización del paciente

He leído y acepto la Autorización del Paciente incluida en la página 2, sección 5.

Firma del paciente/representante legal MM DD AAAA

Nombre, en letra de imprenta/relación con el paciente (si corresponde)

Inscripción en el Programa de Apoyo

He leído y acepto la inscripción en el Programa de Apoyo incluida en la página 2, sección 6.

Firma del paciente/representante legal MM DD AAAA

Nombre, en letra de imprenta/relación con el paciente (si corresponde)

INFORMACIÓN DE SEGURO

Incluya copias del frente y dorso de todas las tarjetas médicas y de farmacias, o complete esta sección.

Seguro comercial/privado Medicare/Medicaid/TRICARE No tiene seguro

	Seguro médico principal	Seguro médico secundario	Seguro de farmacia
Proveedor de seguros			
N.º de 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	X	X	

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

3 Nombre de quien hace la receta/del proveedor de atención médica: _____ Especialidad _____
Nombre de la práctica médica: _____
Nombre de contacto del consultorio: _____
Dirección: _____
N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____

Al firmar este formulario, certifico que (1) he recibido la autorización necesaria para divulgar la información incluida en este formulario y otra Información Médica Protegida relacionada (según lo definido por la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]) al Programa de Apoyo My LOKELMA, incluidos los empleados, contratistas o afiliados de AstraZeneca, y los planes de atención médica de los programas, las farmacias u otras entidades con el fin de recibir tratamiento y apoyo para el pago, y (2) he obtenido la autorización necesaria para permitir que el Programa de Apoyo My LOKELMA se ponga en contacto con el paciente si no se incluye en esta solicitud para obtener una autorización firmada del paciente que participa en el Programa de Apoyo My LOKELMA.

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

SECCIÓN INFORMACIÓN CLÍNICA

4 Diagnóstico: _____
CIE-10-CM: _____

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

5 Autorizo a mis proveedores de atención médica (health care providers, HCP) y al personal, mi plan de salud y mis farmacias a utilizar y compartir mi Información Médica Protegida (mi “Información”) con AstraZeneca (incluido el Programa de Apoyo My LOKELMA) y sus afiliadas, así como con sus contratistas (“AstraZeneca”). Mi Información incluye los registros de salud vinculados con las recetas, información acerca de los beneficios de mi plan de atención médica, características demográficas, información de contacto y cualquier otra información relacionada con mi salud. Mi Información podría utilizarse para verificar con mis HCP el tratamiento y las decisiones de pago, investigar y asistir en la coordinación de la cobertura para productos de AstraZeneca, realizar un seguimiento del cumplimiento de la receta y asistencia financiera, y realizar un análisis interno en AstraZeneca para satisfacer mejor las necesidades del paciente. Entiendo y acuerdo que AstraZeneca puede contactarse conmigo por correo, correo electrónico y por teléfono. Entiendo que es posible que las leyes federales de privacidad no protejan mi Información cuando esta se haya divulgado; sin embargo, AstraZeneca acepta proteger mi Información al usarla y divulgarla únicamente para los fines especificados. Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que esto no afectará mi tratamiento ni el pago de este, ni la cobertura de seguro ni la elegibilidad para recibir beneficios. Sin embargo, si no firmo esta Autorización, no podré recibir apoyo del Programa de Apoyo My LOKELMA. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al 1-866-494-8080 o mediante una carta por la cual solicite dicha cancelación enviada al Programa de Apoyo My LOKELMA en One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878. Entiendo que una cancelación de este tipo no se aplicará a la Información que ya se haya utilizado o divulgado en función de esta Autorización antes de la recepción de la cancelación. Esta Autorización vence dos (2) años después de la fecha de la firma que aparece en la página 1, a menos que la ley estatal establezca un período de tiempo más breve.

INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA DE APOYO

6 Comprendo que es posible que también reciba información y asistencia continuas en relación con mi afección lo que incluye proporcionarme materiales promocionales y educativos, información, ofertas y servicios especiales relacionados con mi terapia o mi afección médica y para fines de investigación de mercado, incluido comunicarse conmigo para participar en grupos de discusión, encuestas o entrevistas. Esto puede incluir que AstraZeneca o un tercero que trabaje en su nombre se comuniquen conmigo por teléfono, correo electrónico o mensajes de texto con respecto a los programas de asistencia de AstraZeneca que puedan interesarme. La información proporcionada por AstraZeneca no reemplaza la consulta con su proveedor de atención médica acerca de su tratamiento o afección.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que esto no afectará mi tratamiento ni el pago de este, ni la cobertura de seguro ni la elegibilidad para recibir beneficios. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al 1-866-494-8080. Es posible que se apliquen tarifas de mensajería y transferencia de datos. Envíe el mensaje de texto DETENER (STOP) para cancelar la suscripción y AYUDA (HELP) para obtener ayuda.

Ni AstraZeneca ni ningún tercero que trabaje en su nombre venderán o alquilarán su información personal. Visite www.globalprivacy.astrazeneca.com para revisar nuestro Aviso de Privacidad.