



Formulario de servicios

Complete el formulario, fírmelo y envíe ambas páginas por fax al 1-877-850-9901. Si tiene alguna pregunta, llame al 1-877-4-BENLYSTA (1-877-423-6597), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

Servicios solicitados			
Marque todas las opciones que correspondan:	<input type="checkbox"/> Verificación de los beneficios	<input type="checkbox"/> Asistencia con el copago	<input type="checkbox"/> Asistencia de autorización previa
	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia para Pacientes (PAP) para pacientes sin seguro	<input type="checkbox"/> Asistencia con reclamos	

Información del paciente			
Apellido:	Nombre:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:	Sexo:	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino
Teléfono principal: ()	Teléfono alternativo: ()		
Correo electrónico:			
Contacto alternativo:	Teléfono principal: ()	Relación con el paciente:	

Información sobre el seguro [adjunte copia(s) de la(s) tarjeta(s) del seguro]	
Nombre de la compañía de seguro PRINCIPAL:	Nombre de la compañía de seguro SECUNDARIA:
Teléfono:	Teléfono:
N.º de identificación de la póliza:	N.º de identificación de la póliza:
N.º de grupo:	N.º de grupo:
Nombre del titular de la póliza:	Nombre del titular de la póliza:
Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:
Relación con el paciente:	Relación con el paciente:

Diagnóstico y tratamiento	
Régimen de dosis recetada de BENLYSTA:	
Dosis: _____	Frecuencia: _____
Fecha para comenzar el régimen de la dosis:	
Diagnóstico del paciente/código ICD-9 (no es necesario para los candidatos sin seguro del programa PAP):	

Información del médico		
Apellido del médico:	Nombre del médico:	
Nombre del consultorio:	Especialidad:	
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código postal:
Contacto en el consultorio:	Teléfono: ()	Fax: ()
N.º de identificación fiscal del médico:	NIP del médico:	NIP del grupo:
N.º de licencia estatal del médico (solo para solicitantes de PAP sin seguro):		
¿Es usted el médico que proporciona la receta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no lo es, escriba el nombre del médico que receta:
¿Lugar de administración?	<input type="checkbox"/> Consultorio del médico que proporciona la receta	<input type="checkbox"/> Consultorio de otro médico
	<input type="checkbox"/> Hospital para pacientes externos	<input type="checkbox"/> Otro: _____

(Si el lugar de administración no es el consultorio del médico que proporciona la receta, complete la siguiente información)		
Nombre del centro/consultorio donde se administra el medicamento:		
Apellido del médico que administra el medicamento:	Nombre del médico que administra el medicamento:	
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código postal:
Contacto en el consultorio de administración:	Teléfono: ()	Fax: ()
N.º de identificación fiscal del centro de administración:	NPI del centro de administración:	

Farmacia especializada	
¿Desea adquirir el medicamento a través de una farmacia especializada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es así, indique las farmacias especializadas que prefiere:	

Declaración del médico	
Certifico que BENLYSTA ha sido recetado al paciente mencionado anteriormente. He proporcionado esta información al programa administrado por Lash Group, un agente de GlaxoSmithKline, a fin de que se coordine el acceso de mi paciente al tratamiento. Por el presente certifico que, en caso de que el Programa de Asistencia para el Copago de BENLYSTA® no proporcione asistencia económica, todo paciente sin seguro que requiera asistencia con el copago conforme a dicho programa deberá abonar todo copago, coseguro u otros costos de su propio bolsillo para BENLYSTA durante el tratamiento.	
Firma del médico (sin sellos):	Firma del MÉDICO aquí
Nombre (en letra de imprenta):	
Fecha:	

PARA SER COMPLETADO POR EL PACIENTE

OBLIGATORIO: Autorización y permiso del paciente para recopilar, usar y divulgar información médica

Certifico que la información proporcionada en el presente formulario es correcta y veraz. Comprendo que la ley protege la recopilación, el uso y la divulgación de mi información médica. La información proporcionada en este Formulario de inscripción, como mi nombre, dirección, seguro e información médica, se considera "información médica protegida". Al firmar debajo, acepto la recopilación, el uso y la divulgación de mi información médica protegida, conforme se describe a continuación.

Comprendo que las decisiones de tratamiento médico tomadas por los proveedores de atención médica no dependerán de que yo acepte firmar esta Autorización y permiso del paciente. Comprendo que, una vez que mi información se publique conforme a esta autorización, las leyes federales de privacidad no podrán impedir que las entidades mencionadas debajo continúen divulgándola. Sin embargo, entiendo que dichas entidades han aceptado usar o divulgar únicamente la información recibida para el propósito descrito en esta autorización o conforme a la ley lo exija. Comprendo que esta autorización permanecerá vigente por dos (2) años o hasta que se determine la cobertura, la codificación, el reembolso u otra consulta, lo que ocurra último. También entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento llamando al (877) 423-6597 o enviando por correo una declaración escrita de mi revocación a la siguiente dirección: PO Box 222173, Charlotte, NC 28222-2173. No obstante, dicha revocación cancelará mi elegibilidad para participar en los programas descritos. Al revocar esta autorización, quedará prohibido divulgar la información después de la fecha de recepción de la revocación escrita, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. Esto significa que, después de que revoque esta autorización, su información podrá divulgarse entre GlaxoSmithKline ("GSK") y la compañía o las compañías que ayudan a GSK a administrar los programas con el propósito de conservar registros de su participación. Sin embargo, no se divulgará ni usará para otro propósito.

Inscripción en el portal BENLYSTA® (belimumab) Gateway (para ayuda con reembolsos y asistencia para pacientes): El paciente, o su representante autorizado, DEBE firmar este formulario para recibir ayuda con el reembolso y asistencia en el portal BENLYSTA Gateway. Antes de firmar, el paciente debe revisar, comprender y aceptar las cláusulas de esta autorización y permiso. Si es el representante autorizado del paciente quien firma este documento, indique la relación con el paciente.

Al firmar debajo, autorizo a GSK, así como también a sus agentes y cesionarios, y a toda compañía que GSK utilice para administrar los servicios de reembolso para BENLYSTA, a realizar lo siguiente:

- 1) Solicitar y recibir de mi médico, proveedor de atención médica, aseguradora o farmacéutico la información necesaria para investigar y determinar mi cobertura de seguro, codificación y consulta de reembolso, o bien para revisar mi elegibilidad para participar en los programas de asistencia para pacientes y asistencia con el copago.
- 2) Recopilar, usar y divulgar toda información que proporcione a BENLYSTA Gateway con el propósito de investigar y determinar mi cobertura de seguro, codificación o consulta de reembolso.
- 3) Entregar a mi médico, proveedor de atención médica o farmacéutico la información que proporcione a BENLYSTA Gateway, cuando sea necesario, para determinar mi cobertura de seguro, codificación o consulta de reembolso. Al firmar debajo, también autorizo a mi aseguradora, médico, proveedor de atención médica y farmacéutico a divulgar información sobre mis medicamentos recetados o mi afección médica a solicitud de GSK y de BENLYSTA Gateway.
- 4) Comunicarse con mi aseguradora, otras posibles fuentes de financiamiento, trabajadores sociales, organizaciones de apoyo al paciente o programas de asistencia para pacientes a fin de determinar si soy elegible para obtener la cobertura de seguro médico u otros fondos, y para proporcionarles información sobre mis medicamentos recetados y mi afección médica que yo o mi médico, proveedor de atención médica o farmacéutico hayamos brindado.
- 5) Divulgar a terceros toda información obtenida de las fuentes descritas anteriormente, si la ley así lo requiere.

Firma del PACIENTE aquí

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente

Fecha

OBLIGATORIO para solicitantes del Programa de Asistencia con el Copago y Programa de Asistencia para Pacientes sin Seguro (PAP) únicamente

Ingreso anual antes de impuestos de su hogar _____



Número de personas que viven en su hogar _____



Certifico que la información sobre el ingreso familiar y la cantidad de personas que viven en el hogar es completa y precisa. Asimismo, acepto que, en cualquier momento durante mi inscripción en el Programa de Asistencia con el Copago de BENLYSTA® o programa PAP, BENLYSTA Gateway puede solicitar documentación adicional para corroborar las declaraciones realizadas en mi solicitud.

Comprendo y reconozco que esta asistencia es temporal y que este programa puede modificarse o suspenderse en cualquier momento sin previo aviso.

Los solicitantes de PAP sin seguro médico deben presentar documentación que verifique todas las fuentes de ingreso familiar al momento de la solicitud, incluidos una copia de uno (1) de los siguientes documentos: última declaración de impuestos federales, recibo de sueldo, declaración W-2, estado de cuenta u otra documentación que compruebe la fuente de ingreso. Esta información se utilizará únicamente con el fin de determinar la elegibilidad para participar en el PAP. Si no cuenta con ninguna de las fuentes mencionadas anteriormente, llame al 1-877-423-6597 para obtener más información.

Firma del PACIENTE aquí

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente

Fecha

OPCIONAL: Inscripción en BENLYSTA® Connects

BENLYSTA Connects es un programa de apoyo educativo diseñado para ayudarlo a conocer más detalles sobre BENLYSTA.

Cuando se inscriba, recibirá:

- Su Guía de temas para discutir con el médico personalizada para ayudarlo a colaborar de cerca con su médico
- Una serie de correos electrónicos informativos adaptados a sus necesidades
- Boletines educativos con información sobre BENLYSTA que puede compartir con sus amigos y familiares

Consulte el siguiente cuadro para comenzar a aprovechar los beneficios de BENLYSTA Connects.

No venderemos ni transferiremos su nombre, dirección ni ninguna otra información a ningún tercero con fines promocionales. Puede cancelar la suscripción en cualquier momento en www.BENLYSTA.com/unsubscribe.

Paciente:
Marque la siguiente casilla

Al marcar esta casilla, certifico que tengo 18 años como mínimo y que autorizo a GSK y a las compañías que trabajan con GSK para que me envíen materiales promocionales o publicitarios sobre BENLYSTA.