

Inscríbase en línea en www.CoverMyMeds.com. Envíelo por fax a SYNAGIS CONNECT™ a **1.800.201.4938** o a la farmacia especializada preferida del paciente.

Beneficio de compra y facturación Farmacia especializada preferida _____


INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Indique si hay nacimientos múltiples.


Apellidos: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino Peso al nacer: _____ lb _____ oz _____ kg
 Peso actual: _____ lb _____ oz _____ kg Fecha del peso: ____/____/____

INFORMACIÓN DEL PROGENITOR/CUIDADOR


Apellidos: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
 Calle: _____ Unidad: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 N.º de teléfono del hogar: _____ N.º de teléfono móvil: _____
 Correo electrónico: _____ Método de contacto preferido: Teléfono Mensaje de texto Correo electrónico
 Mejor hora para llamar: Mañana Tarde Noche Idioma preferido: _____



Autorizo a SYNAGIS CONNECT™ a enviar mensajes de texto cuando proceda y por medio del presente documento acepto recibir este tipo de comunicación. Pueden aplicarse tasas de datos y mensajes estándar.



Autorizo a SYNAGIS CONNECT™ a dejar un mensaje detallado, incluido el nombre de la receta de mi hijo, SYNAGIS.



Inscríbame en el Programa de copago de SYNAGIS. Se aplican los requisitos de elegibilidad.

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Proporcione una copia de todas las tarjetas de seguros (anverso y reverso). Sin seguro

Nombre completo del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____/____/____
 Seguro médico principal: _____
 N.º de teléfono del seguro: _____ N.º de grupo: _____ N.º de ID: _____
 Seguro médico secundario: _____
 N.º de teléfono del seguro: _____ N.º de grupo: _____ N.º de ID: _____
 Seguro para recetas: _____ RxGroup: _____ RxBIN: _____ RxPCN: _____

▼ PARA USO EXCLUSIVO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA ▼

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Apellidos: _____ Nombre: _____ Nombre de la consulta/institución: _____
 Calle: _____ Suite: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 N.º de NPI: _____ N.º de DEA: _____ N.º de identificación fiscal: _____
 N.º de identificación del proveedor de Medicaid: _____
 Nombre del contacto de la consulta: _____ N.º de teléfono: _____
 Fax: _____ Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN CLÍNICA

Adjunte todas las notas clínicas necesarias.

Prematuridad: _____ semanas/días EG
ICD-10: _____

Otras afecciones:
Descripción: _____
Diagnóstico: _____
ICD-10: _____

Displasia broncopulmonar/enfermedad pulmonar crónica

Edad <12 meses Edad de 12 meses a <24 meses

Oxígeno suplementario (fechas): _____
 Corticoesteroides crónicos (fármacos/fechas): _____
 Terapia diurética (fármaco/fechas): _____
 Broncodilatadores (fármacos/fechas): _____
 ICD-10: _____

Cardiopatía congénita hemodinámicamente significativa

Edad <12 meses Edad de 12 meses a <24 meses

ICD-10: _____

Dosis administrada en unidad de cuidados intensivos neonatales/hospital: No Sí Fecha(s): _____ Necesidades por fecha: _____
 Fecha prevista de la primera/próxima inyección: _____ Medicamentos actuales: _____ Alergias conocidas: _____
 Entregar a: Consulta/clínica Domicilio del paciente Otros _____
 Servicios de Agencia de atención médica a domicilio solicitados para la administración de la inyección No Sí
 Agencia de atención médica a domicilio preferida _____

MEDICAMENTO	CONCENTRACIÓN	DOSIS E INDICACIONES	CANTIDAD Y RESURTIDO
SYNAGIS® (palivizumab)	Viales de 50 mg y/o 100 mg	Inyectar 15 mg/kg intramuscular una vez por periodos de 28 a 30 días	Cantidad: suficiente para una dosis de 15 mg/kg Resurtidos: _____
<input type="radio"/> OPCIONAL: Epinefrina	ámpula de 1:1000	Inyectar 0.01 mg/kg subcutáneo como se indica en la anafilaxia	Cantidad: _____ Resurtidos: _____

Suministros complementarios

Firma del sello no permitida

Firma del prescriptor _____ Fecha: _____

Dispense según lo indicado

Firma del prescriptor _____ Fecha: _____

Sustitución permitida

AUTORIZACIÓN DEL PRESCRIPTOR: Mi firma certifica que la persona cuyo nombre aparece en este formulario es mi paciente; que la información proporcionada, según mi leal saber y entender, es completa y exacta; y que la terapia con SYNAGIS es medicamento necesaria. Certifico que he obtenido la autorización por escrito del progenitor o cuidador de mi paciente de acuerdo con todas las leyes estatales y federales aplicables para revelar la información médica identificable individualmente incluida en este formulario a Sobi y al programa de apoyo al paciente de SYNAGIS CONNECT™ y entiendo que la información que proporciono en este formulario será utilizada por el programa para verificar la cobertura del seguro y la elegibilidad de mi paciente; coordinar la dispensación del medicamento de venta con receta de mi paciente; e introducir los servicios de apoyo de SYNAGIS CONNECT™ a mi paciente, lo que incluye contactar con el progenitor o el cuidador de mi paciente por teléfono o correo para estos fines. Autorizo a SYNAGIS CONNECT™ a transmitir la receta anterior a la farmacia específica correspondiente para mi paciente. Entiendo que no tengo obligación de recetar ningún medicamento de Sobi y que no he recibido ningún beneficio de Sobi por hacerlo. No solicitaré el reembolso de ningún tercero pagador o entidad gubernamental por ningún medicamento proporcionado de forma gratuita por SYNAGIS Connect.

Nota especial: Los prescriptores de todos los estados deben cumplir la legislación aplicable para una receta válida. Para los prescriptores en estados con requisitos oficiales del formulario de receta, enviar una receta real junto con este formulario de inscripción.

FIRME AQUÍ Firma del prescriptor _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DEL PROGENITOR/CUIDADOR CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE
No es necesario para el envío

Apellidos del paciente: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR LA INFORMACIÓN DE SALUD:

Mediante mi firma a continuación, autorizo a los proveedores de atención médica y al personal, farmacias y compañías de seguro de mi hijo/a a usar y divulgar a Sobi, Inc., y a sus afiliados, socios comerciales, proveedores y otros agentes (en conjunto, "Sobi") la información médica sobre la afección médica y tratamiento de mi hijo/a, seguro médico y reclamaciones de cobertura, así como la información de recetas (incluida la información de surtido/resurtido) para SYNAGIS (la "Información") para (1) inscribir a mi hijo/a en el programa de apoyo al paciente SYNAGIS CONNECT™ (el "Programa"); (2) obtener información sobre la cobertura de seguro de mi hijo/a; (3) coordinar el surtido de la receta según lo indicado por el médico de mi hijo/a; (4) proporcionarme recordatorios de cumplimiento y apoyo; y (5) comunicarse conmigo para llevar a cabo investigaciones de mercado y organizar la recepción de materiales educativos, promocionales y/o de mercadeo sobre programas de apoyo de Sobi o los productos Sobi. Una vez que la información de mi hijo/a se haya divulgado a Sobi, entiendo que las leyes de privacidad federales ya no la protegen de la divulgación posterior. Sin embargo, también entiendo que Sobi protegerá la información de mi hijo/a mediante el uso y la divulgación únicamente para los fines permitidos por mí en esta autorización o según lo exija la ley.

Entiendo y acepto que la farmacia que dispensa SYNAGIS pueda recibir pagos de Sobi a cambio de divulgar la información de mi hijo/a a Sobi y proporcionar servicios del Programa.

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización. Mi decisión de no firmar esta autorización no afectará a la capacidad de mi hijo/a para obtener tratamiento médico por parte de los proveedores de atención médica, el pago del tratamiento o la elegibilidad para los beneficios del seguro médico, ni el acceso a los medicamentos Sobi. Sin embargo, si no firmo esta autorización, entiendo que mi hijo/a no podrá participar en el Programa.

Entiendo que esta autorización caduca diez años después de la fecha de la firma a continuación, o antes si así lo requiere la legislación estatal o local, a menos y hasta que cancele (retire) esta autorización antes. Puedo cambiar de opinión y cancelar esta autorización en cualquier momento llamando al 1-833-SYNAGIS (1-833-796-2447) o notificando a Sobi por escrito a SYNAGIS CONNECT, PO Box 29076, Phoenix, AZ 85038-9076. La cancelación de esta Autorización finalizará los usos y divulgaciones futuros de la información de mi hijo/a por parte del proveedor de atención médica de mi hijo/a y el personal, farmacias y compañías de seguro médico, en función de esta Autorización y la participación de mi hijo/a en el Programa cuando reciban aviso de mi cancelación, pero no afectará a ningún uso o divulgación de la Información de mi hijo/a que ya se haya hecho por parte de los proveedores de atención médica de mi hijo/a y el personal, farmacias y compañías de seguro médico, basándose en esta autorización antes de recibir la cancelación.

Nombre completo (en letra de imprenta) del progenitor/cuidador: _____

FIRME AQUÍ Firma del progenitor/cuidador _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN EN SYNAGIS CONNECT™:

Al firmar a continuación, me estoy inscribiendo en SYNAGIS CONNECT™ (el "Programa"). Autorizo a Sobi, Inc., y a sus afiliados, socios comerciales, proveedores y otros agentes (colectivamente, "socios comerciales" y junto con Sobi, Inc., "Sobi") a proporcionarme a mí y a mi hijo/a los servicios para los que somos elegibles en virtud del Programa. Dichos servicios pueden incluir comunicaciones y apoyo para medicamentos y cumplimiento, apoyo para la dispensación de medicamentos, apoyo para la cobertura de seguros y asistencia financiera, educación sobre la enfermedad y los medicamentos, así como otros servicios de apoyo ofrecidos ahora o en el futuro. Como parte de las ofertas del Programa, acepto la inscripción en el programa de asistencia de copago si soy elegible.

- También doy mi consentimiento para recibir llamadas de mercadeo y mensajes de texto automatizados y pregrabados de Sobi, así como de las empresas que trabajen con Sobi, al número o los números de teléfono que proporcione. Entiendo que mi consentimiento no es necesario como condición para comprar o recibir los productos o servicios de Sobi. Entiendo que puedo revocar esta autorización y optar por no recibir llamadas de mercadeo y mensajes de texto automáticos de Sobi en cualquier momento llamando al 1-833-SYNAGIS (1-833-796-2447) o notificándoselo a Sobi por escrito a PO Box 29076, Phoenix, AZ 85038-9076.

Nombre completo (en letra de imprenta) del progenitor/cuidador: _____

FIRME AQUÍ Firma del progenitor/cuidador _____ Fecha: _____

