SANOFI

PATIENT Connection

SYNVISC APPLICATION

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: Inicial del segundo nombre: Apellido: Sexo: ☐ M ☐ F

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

N.° de teléfono: Fecha de nacimiento: N.° del seguro social:

Dirección de correo electrónico: Lengua materna: ¿Tiene seguro? ☐ Sí ☐ No

Seguro principal: Seguro secundario:

N.° de teléfono del seguro: N.° de teléfono del seguro:

N.° de póliza del seguro de salud: N.° de grupo: N.° de póliza del seguro de salud: N.° de grupo:

Nombre del titular de la póliza: Fecha de nac.: Nombre del titular de la póliza: Fecha de nac.:

Farmacia: Farmacia:

N.° de teléfono de la farmacia: N.° de teléfono de la farmacia:

N.° de póliza de la farmacia: N.° de BIN de Rx: N.° de póliza de la farmacia: N.° de BIN de Rx:

2. INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y PRESCRIPCIÓN

☐ M17.0 ☐ M17.10 ☐ M17.11 ☐ M17.12 ☐ M17.2 ☐ M17.30 ☐ M17.31 ☐ M17.32

☐ M17.4 ☐ M17.5 ☐ M17.9 ☐ Other:

Vea las explicaciones de los códigos en la página 3.

☐ SYNVISC ONE HYLAN G-F 20 8 mg/ml (1) 10 ml en jeringa precargada ☐ SYNVISC HYLAN G-F 20 8 mg/ml (3) 2.25 ml en jeringas precargadas

Inyecte una jeringa de Synvisc-One en:
☐ Rodilla izquierda ☐ Rodilla derecha ☐ Bilateral
Fecha en que se necesita: Cant. de kits:

Inyecte una jeringa de Synvisc semanal durante tres semanas en:
☐ Rodilla izquierda ☐ Rodilla derecha ☐ Bilateral
Fecha en que se necesita: Cant. de kits:

¿El paciente ha recibido tratamientos farmacológicos con hialuronato sódico? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿han transcurrido menos de 6 meses desde la última inyección de hialuronato sódico en la MISMA rodilla? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, fecha de la última inyección: Lugar de la última inyección: ☐ Rodilla izquierda ☐ Rodilla derecha ☐ Bilateral

3. SERVICIO DE COMPRA Y FACTURACIÓN O CANALIZACIÓN A SPP

1. Si ambas opciones están disponibles, indique su preferencia: ☐ Compra y facturación ☐ *Farmacia especializada
2. Si SPP es la única opción, ¿desea que su receta se canalice a la farmacia especializada? ☐ *Sí ☐ No

SPC (Conexión para Pacientes de Sanofi) realizará una verificación completa de beneficios de su paciente. Si se selecciona SPP, sírvase indicar a su paciente que haga el copago en la farmacia tan pronto sea posible para evitar demoras en el tratamiento, ya que el producto se enviará solo después de haber recibido el copago.
**El Programa canalizará la receta a la farmacia especializada con mejor relación costo/beneficio para la entrega de Synvisc al paciente mencionado arriba. Si hay opciones múltiples con el mismo costo para el paciente, Conexión de Synvisc seleccionará cuál farmacia especializada contactará sobre una base de rotación en todo el programa. La ley estatal podría requerir que la farmacia contacte directamente al médico que receta.*

4. INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA

Nombre del médico que receta: Tipo de médico que receta: Estado donde obtuvo su licencia:

N.° de licencia estatal: N.° de NPI: N.° de identificación fiscal: N.° de la DEA:

Nombre del médico de cabecera (si no es el médico que receta): Estado donde obtuvo su licencia:

sN.° de licencia estatal: N.° de NPI: N.° de identificación fiscal: N.° de la DEA:

Nombre de la institución: Tipo de institución: ☐ Consultorio médico ☐ Paciente externo del hospital

Dirección de la institución*: Ciudad: Estado: Código postal:

Instrucciones adicionales de envío o dirección, si difieren de la dirección de la institución indicada arriba*:

Nombre del contacto principal: Cargo/función: N.° de teléfono principal:

N.° de fax principal: Dirección de correo electrónico:

**El producto de Sanofi debe enviarse al consultorio del médico que firmó la receta o a la dirección del hospital autorizada por el médico que receta y no a un tercero.*
Certifico que la información proporcionada está actualizada y completa, y que es exacta, a mi leal saber y entender. Certifico que el producto de Sanofi es médicamente necesario para este paciente y que la ley estatal me autoriza a recetar y administrar el medicamento solicitado. Certifico que he obtenido de mi paciente toda autorización escrita necesaria para divulgar la identificación personal e información médica y de seguro de mi paciente a Sanofi US o a Sanofi Cares North America y a sus agentes y representantes. Entiendo que toda información proporcionada es para uso exclusivo del Programa en la verificación de la cobertura de seguro de mi paciente, con el fin de evaluar, si es aplicable, la elegibilidad del paciente para la participación en el programa de asistencia para pacientes y, por lo demás, para administrar el programa Conexión para Pacientes de Sanofi y servicios relacionados. Entiendo que no estoy obligado a recetar ningún producto de Sanofi y que no he recibido ni recibiré ningún beneficio de Sanofi ni de sus agentes o representantes por recetar un producto de Sanofi. La dirección de la institución mencionada arriba, en la Sección 4, es la dirección de mi consultorio u hospital. Mi firma certifica que los productos recetados que se reciban de este Programa se usarán solo para el paciente mencionado arriba y no se revenderán ni se ofrecerán a la venta, comercio o trueque, no se devolverán para crédito, y no se buscará pago alguno de ningún pagador, paciente u otra fuente por productos recibidos del Programa.

FIRME AQUÍ

Firma del médico que receta (requerida; no se permiten la firma con sello) | Nombre (en letra de imprenta) | Fecha

© 2020 Sanofi US Services, Inc.
SAUS.SA.17.06.4506(2) (02/20)

P: 1.800.982.8292 · F: 1.888.847.1797 · www.visitspconline.com
P.O. Box 222138 · Charlotte, NC · 28222-2138

5. CONEXIÓN CON RECURSOS

¿Puede contactar el Programa al paciente con información sobre recursos externos?

☐ Sí (SE REQUIERE LA FIRMA DEL PACIENTE PARA LA AUTORIZACIÓN)
☐ No

Tenga en cuenta lo siguiente: El paciente recibirá una llamada por separado de un asociado del programa, quien le brindará información de contacto para obtener recursos útiles verificados en la aplicación.

Si la respuesta es Sí, marque cuáles recursos interesarían a su paciente, si están disponibles:

☐ Servicios de apoyo clínico ☐ Información de transporte ☐ Insumos médicos

6. CONEXIÓN DE ASISTENCIA A PACIENTES *(certificación y autorización para divulgar información)*

N.° total de personas en la familia: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Otro: Ingreso familiar anual: $

Lea atentamente lo siguiente, luego feche y firme donde se indica a continuación.

Verificación de ingresos: Sanofi Patient Connection y sus agentes externos autorizados utilizarán mi fecha de nacimiento o número de seguridad social y/o información demográfica adicional según sea necesario para acceder a mi información crediticia e información derivada de fuentes públicas y de otras fuentes para estimar mis ingresos junto con la elegibilidad proceso de determinación. Como una consulta de crédito blando, esta opción no afectará mi puntaje crediticio. Sanofi Patient Connection y sus agentes externos autorizados se reservan el derecho de solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento.

Declaro que la información y los documentos proporcionados en relación con esta solicitud son completos y exactos. Acepto informar inmediatamente a un representante del Programa y a mi Médico/Proveedor de atención médica si mi estado de ingresos o seguro cambia durante el curso de mi participación en este Programa.

Consentimiento de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA): Autorizo a mis proveedores de atención médica y al personal; a mi aseguradora de salud, plan de salud o programas que me proporcionan beneficios de salud (en conjunto, "aseguradores de salud") a revelar a Sanofi US, sus compañías afiliadas (es decir, Sanofi Pasteur US y Genzyme, una compañía de Sanofi), Sanofi Cares North America y a terceros autorizados involucrados en la administración de este Programa (en conjunto, "Patrocinador del Programa") información de salud sobre mí, incluida información relacionada con mi afección médica, tratamiento, cobertura del seguro médico, reclamaciones, recetas y remisión a este Programa y la inscripción en él con el propósito de determinar mi participación, y administración, en el Programa, lo que puede incluir ponerse en contacto conmigo, así como con mi Médico/Proveedor de atención médica, personal del consultorio/hospital, asegurador (público/privado) u otros. Tengo entendido que un representante de Sanofi puede ponerse en contacto conmigo para realizar un seguimiento de cualquier evento adverso que pueda informar sobre un producto de Sanofi. Autorizo y doy mi consentimiento para la divulgación de información que me pueda identificar, incluidos los registros médicos, financieros y de seguros y la información necesaria para participar en el Programa. Entiendo que la información que me pueda identificar se mantendrá confidencial y no será utilizada ni divulgada en el futuro, excepto para administrar el Programa o según lo requiera la ley. Entiendo que la información que autorizo a ser divulgada puede volver a divulgarse y deje de estar protegida por las regulaciones de privacidad federales. Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmar, no afectará a mi capacidad para obtener tratamiento, pero no podré participar en este Programa. A menos que se revoque, esta autorización permanecerá en vigencia durante mi participación en el Programa, incluida la posterior solicitud según sea necesario. Puedo retirar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a mi Médico/Proveedor de atención médica; sin embargo, el retiro de la autorización terminará mi participación en este Programa y no afectará a la información ya divulgada por esta Autorización.

Entiendo que es mi responsabilidad hacer un seguimiento con mi médico prescriptor o el Programa para asegurarme de que mis nuevos pedidos, según corresponda, sean solicitados de manera oportuna por mi Proveedor para que no me quede sin medicación. Entiendo que Sanofi US y Sanofi Cares North America se reservan el derecho en cualquier momento y sin previo aviso de modificar o cambiar los criterios de elegibilidad o interrumpir este Programa.

Autorización del paciente (REQUERIDA)	He leído y acepto la Autorización del Paciente para el uso y divulgación de la información médica de arriba.
Firma del paciente/representante (REQUERIDA)	
Nombre (en letra de imprenta) (REQUERIDA)	**Fecha**

LISTA DE CONTROL DE LA SOLICITUD *(la solicitud se retrasará si no se recibe toda la información)*

☐ Detalles del seguro ☐ Verificación del código de diagnóstico ☐ Detalles del seguro ☐ Verificación del código de diagnóstico

© 2020 Sanofi US Services, Inc.

P: 1.800.982.8292 · F: 1.888.847.1797 · www.visitspconline.com
P.O. Box 222138 · Charlotte, NC · 28222-2138

SELECCIÓN DE PRODUCTOS

(indique el producto deseado en la Sección 2 para todos los servicios)

SYNVISC ONE HYLAN G-F 20

Haga clic aquí para obtener la información de prescripción completa de Synvisc One.

SYNVISC HYLAN G-F 20

Haga clic aquí para obtener la información de prescripción completa de Synvisc.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD DE LA CONEXIÓN DE ASISTENCIA A PACIENTES

- Se debe presentar una solicitud por cada paciente.
- El paciente debe ser ciudadano o residente de EE. UU. o de sus territorios y estar bajo la atención de un proveedor de atención médica con licencia, autorizado para recetar, entregar y administrar medicamentos en EE. UU. (el número de licencia estatal se requiere en la Sección 4).
- El paciente no debe tener cobertura de seguro o no tener acceso al producto o tratamiento recetado a través de su seguro.
- El paciente debe cumplir con los criterios financieros siguientes:
  - Ingreso familiar anual ≤400% del nivel de pobreza federal*
  - Si el paciente puede reunir los requisitos para Medicaid, deberá proporcionar documentación del rechazo de Medicaid antes de ser evaluado para ver si reúne los requisitos para la asistencia del paciente.

**Para evaluar los detalles del nivel de pobreza federal vigente, visite http://aspe.hhs.gov.*

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Un representante de Sanofi podría contactarlo para el seguimiento de eventos adversos que pueda reportar como relacionados a un producto de Sanofi.

EXPLICACIONES DE LOS CÓDIGOS DE LA CIE-10

M17.0 (Osteoartritis primaria bilateral de la rodilla)	**M17.31** (Osteoartritis postraumática unilateral de la rodilla derecha)
M17.10 (Osteoartritis primaria unilateral, rodilla no especificada)	**M17.32** (Osteoartritis postraumática unilateral de la rodilla izquierda)
M17.11 (Osteoartritis primaria unilateral de la rodilla derecha)	**M17.4** (Otras osteoartritis secundarias bilaterales de la rodilla)
M17.12 (Osteoartritis primaria unilateral de la rodilla izquierda)	**M17.5** (Otras osteoartritis secundarias unilaterales de la rodilla)
M17.2 (Osteoartritis postraumática bilateral de la rodilla)	**M17.9** (Osteoartritis de la rodilla, no especificada)
M17.30 (Osteoartritis postraumática unilateral de la rodilla, no especificada)	

OPCIONES DE PRESENTACIÓN DEL FORMULARIO

Servicio postal de los EE.UU. Sanofi Patient Connection PO Box 222138 Charlotte, NC 28222-2138	**Fax** 1.888.847.1797	**Portal Seguro del proveedor** www.visitspconline.com

© 2020 Sanofi US Services, Inc.

SAUS.SA.17.06.4506(2) (02/20)

P: 1.800.982.8292 · F: 1.888.847.1797 · www.visitspconline.com
P.O. Box 222138 · Charlotte, NC · 28222-2138