SOLICITUD DE SYNVISC

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Segundo nombre	Apellido	
Dirección		Ciudad	Estado / Código postal
N.º de teléfono	Fecha de nacimiento	N.º de Seguro Social	
Dirección de correo electrónico	Lengua materna	¿Tiene seguro? ☐ Sí ☐ No	
Tamaño del hogar: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Otro:		Ingreso familiar anual: $	
Seguro principal	N.º de teléfono	Seguro secundario	N.º de teléfono
N.º de póliza médica	N.º de grupo	N.º de póliza médica	N.º de grupo
Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento	Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento

Autorizaciones del paciente

Sanofi Patient Connection **no** cobra ningún cargo por este servicio; la tramitación de la solicitud, el medicamento y el envío son gratuitos. Los cargos que le cobre un tercero que complete esta solicitud en su nombre no son requeridos ni remitidos a Sanofi.

He leído y acepto la verificación de ingresos incluida en la **Sección 5** de la página 3.

FIRMA DEL PACIENTE (OBLIGATORIA)

(1 de 2) **Firma del paciente o representante legal si el paciente es <18 años** Fecha

He leído y estoy de acuerdo con el consentimiento de la HIPAA incluido en la **Sección 6** de la página 3.

FIRMA DEL PACIENTE (OBLIGATORIA)

(2 de 2) **Firma del paciente o representante legal si el paciente es <18 años** Fecha

2. INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y RECETA *(Consulte las explicaciones de códigos en la página 2)*

☐ M17.0 | ☐ M17.10 | ☐ M17.11 | ☐ M17.12 | ☐ M17.2 | ☐ M17.30 | ☐ M17.31 | ☐ M17.32 | ☐ M17.4 | ☐ M17.5 | ☐ M17.9

☐ Otro:

☐ SYNVISC ONE HYLAN G-F 20 — 8 mg/mL — (1) jeringa prellenada de 10 ml	☐ SYNVISC HYLAN G-F 20 — 8 mg/mL — (3) jeringas prellenadas de 2.25 ml
Inyectar 1 jeringa de Synvisc-One en: ☐ Rodilla izquierda ☐ Rodilla derecha ☐ Bilateral Fecha necesaria: Cant. de kits:	Inyectar una jeringa de 1 Synvisc todas las semanas durante 3 semanas en: ☐ Rodilla izquierda ☐ Rodilla derecha ☐ Bilateral Fecha necesaria: Cant. de kits:

¿El paciente ha recibido tratamientos con hialuronato de sodio en el pasado? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, fecha de la última inyección:

Si la respuesta es afirmativa, ¿han pasado menos de 6 meses desde la última inyección de hialuronato de sodio para la MISMA rodilla? ☐ Sí ☐ No

Sitio de la última inyección: ☐ Rodilla izquierda ☐ Rodilla derecha ☐ Bilateral

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE HACE LA RECETA

Nombre del médico que receta	Tipo de médico que receta		Estado donde tiene licencia
N.º de licencia estatal	N.º de NPI	N.º de ID del impuesto	N.º de DEA
Nombre del médico tratante (si es diferente del médico que receta)			Estado donde tiene licencia
N.º de licencia estatal	N.º de NPI	N.º de ID del impuesto	N.º de DEA
Nombre de la institución		Tipo de centro: ☐ Consultorio médico ☐ Ambulatorio	
Dirección de la institución*		Ciudad / Estado / Código postal	
Dirección o instrucciones de envío adicionales, si son diferentes a la dirección del centro que figura arriba*			
Nombre de contacto principal	Título/Cargo	N.º de teléfono primario	
N.º de fax primario	Dirección de correo electrónico		

**El producto de Sanofi se debe enviar a la dirección del consultorio o el hospital del médico que receta, autorizada por este, 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 estoy autorizado por la ley estatal para recetar y entregar 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 Patient Assistance y, por lo demás, para administrar el Programa Sanofi Patient Connection 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.

FIRMA DEL HCP (OBLIGATORIA)

Firma del médico que receta (obligatoria, no sello) **Fecha**

4. CONEXIÓN DE RECURSOS *(Nota: El paciente recibirá otra llamada de un asociado del Programa con la información de contacto para los recursos útiles marcados en la solicitud).*

¿El paciente quiere que el Programa lo ayude a identificar los recursos provistos por otras organizaciones? ☐ Sí (SE REQUIERE LA FIRMA DEL PACIENTE PARA LA AUTORIZACIÓN) ☐ No

Si la respuesta es Sí, marque cuáles recursos le interesarían, si están disponibles: ☐ Servicios de asistencia clínica ☐ Información de transporte ☐ Suministros de salud

© 2023 Sanofi US Services, Inc.
MAT-US-2015252-v2.0-09/2023

Tel: 1.888.847.4877 · Fax: 1.888.847.1797
P.O. Box 222138 · Charlotte, NC · 28222-2138

SOLICITUD DE SYNVISC

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

- ☐ Detalles del seguro (si corresponde)
- ☐ Código de diagnóstico marcado
- ☐ Firma del médico que receta (OBLIGATORIO)
- ☐ Firma del paciente (OBLIGATORIA)

SELECCIÓN DEL PRODUCTO

Haga clic aquí para ver toda la información de prescripción de Synvisc One.

Haga clic aquí para ver toda la información de prescripción de Synvisc.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA PACIENTES CONNECTION

- Se debe presentar una solicitud para cada paciente.
- El paciente debe ser ciudadano o residente de EE. UU. o de los territorios de los EE. UU. y estar bajo la atención de un proveedor de atención médica con licencia, autorizado para recetar, entregar y administrar medicamentos en EE. UU.
- El paciente no debe tener cobertura de seguro ni acceso al producto o tratamiento recetado a través de su seguro.
- El paciente debe cumplir con los siguientes criterios:
  - Ingreso familiar anual ≤400% del nivel de pobreza federal vigente*
  - Si el paciente parece ser elegible para Medicaid, se podría requerir que proporcione documentación de la denegación de Medicaid antes de evaluarlo para la elegibilidad de asistencia para pacientes

**Para evaluar los detalles actuales del nivel de pobreza federal, 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 CÓDIGOS ICD-10

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

OPCIONES DE PRESENTACIÓN DEL FORMULARIO

Servicio postal de los EE. UU.
Sanofi Patient Connection
PO Box 222138
Charlotte, Carolina del Norte 28222-2138

Fax
1.888.847.1797

© 2023 Sanofi US Services, Inc.
MAT-US-2015252-v2.0-09/2023

5. VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Paciente: ***Lea lo siguiente con atención, luego coloque la fecha y firme donde se indica en la Sección 1 de la página 1.***

Verificación de ingresos: autorizo a Sanofi Patient Connection, en virtud de la Ley de Informes de Crédito Justos, a utilizar mi información demográfica para acceder a los informes sobre mi historial crediticio individual de las agencias de informes de los consumidores. Entiendo que, si lo solicito, Sanofi Patient Connection me dirá si se solicitó un informe del consumidor individual y el nombre y la dirección de la agencia que lo proporcionó. Además, entiendo y autorizo a Sanofi Patient Connection a utilizar cualquier informe del consumidor sobre mí y la información recopilada de mí, junto con otra información que obtengan de fuentes públicas y de otro tipo, para estimar mis ingresos junto con el proceso de determinación de elegibilidad del Programa Patient Assistance, si corresponde. Además, entiendo que ningún producto gratuito puede ser presentado para el reembolso a cualquier pagador, incluidos Medicare y Medicaid; y ningún producto gratuito puede ser vendido, intercambiado o distribuido para la venta. Si me aprueban para el Programa Patient Assistance de Sanofi Patient Connection, no intentaré que el valor de ningún medicamento que se me proporcione en virtud de este programa se tenga en cuenta para el costo real de mi bolsillo (true-out-of-pocket, TrOOP) de los medicamentos recetados para mi plan de la Parte D de Medicare. La continuidad en el Programa Patient Assistance de Sanofi Patient Connection está condicionada a la verificación oportuna de los ingresos. Además, me comprometo a notificar a Sanofi Patient Connection si la situación de mi seguro cambia.

6. AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA (OBLIGATORIA)

Paciente: ***Lea lo siguiente con atención, luego coloque la fecha y firme donde se indica en la Sección 1 de la página 1.***

Consentimiento de la HIPAA: autorizo a mis proveedores de atención médica y personal, mi aseguradora de salud y los programas que me proveen beneficios de salud (en conjunto, “Aseguradores de salud”) a divulgar a, Sanofi US, sus empresas asociadas (es decir, Sanofi Pasteur U.S y Genzyme, a Sanofi Company), Sanofi Cares North America, y agentes autorizados involucrados en la administración de este Programa, (en conjunto, “Patrocinador del programa”), información médica sobre mi persona, incluida la información relacionada con mi afección médica, tratamiento, cobertura de aseguradora de salud, reclamos, recetas, y referencia e inscripción a este Programa a fines de determinar mi participación en, y la administración de, el Programa, que puede incluir comunicarse conmigo así como con mi médico/proveedor de atención médica, personal del consultorio/hospital, aseguradora (pública/privada) u otros. Entiendo que un representante de Sanofi podría contactarme para el seguimiento de eventos adversos que se puedan reportar relacionados a un producto de Sanofi. Autorizo y otorgo mi consentimiento para la divulgación de información que permita identificarme, lo que incluye información y registros médicos, financieros y de seguro, según se requiera para la participación en el Programa. Entiendo que la información que permita identificarme será confidencial y no se usará ni se divulgará, salvo para administrar el Programa o como lo requiera la ley. Entiendo que la información cuya divulgación autorizo podría divulgarse nuevamente y ya no contar con la protección de las normas federales de privacidad. Acepto que esta autorización es voluntaria y que me puedo rehusar a firmar esta autorización. La renuencia a firmarla no afectará mi capacidad para obtener tratamiento; pero no podré participar en este Programa. A menos que la revoque, esta autorización se mantendrá en efecto durante toda mi participación en el Programa, lo que incluye la presentación de una nueva solicitud posterior, según se requiera. Puedo retirar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito dirigida a mi médico/proveedor de atención médica; pero el retiro de la autorización dará por terminada mi participación en este Programa y no afectará la información que ya se haya divulgado conforme a esta Autorización.

Entiendo que es mi responsabilidad dar seguimiento con el médico que me hace la receta o con el Programa para asegurarme de que mis órdenes de resurtido, según sea apropiado, se envíen oportunamente a efecto de que no me quede sin medicamento. Entiendo que Sanofi US y Sanofi Cares North America se reservan el derecho, en cualquier momento y sin previo aviso, a modificar o cambiar los criterios de elegibilidad, o modificar o interrumpir este Programa. Entiendo que puedo retirar (anular) esta Autorización en cualquier momento llamando al 1.888.847.4877.

© 2023 Sanofi US Services, Inc.

Tel: 1.888.847.4877 · Fax: 1.888.847.1797
P.O. Box 222138 · Charlotte, NC · 28222-2138