

1

**FORMULARIO DE
INSCRIPCIÓN PARA
INVESTIGACIÓN DE
BENEFICIOS**

EntyvioCONNECT



INFORMACIÓN DEL PACIENTE (POR FAVOR, ADJUNTE UNA COPIA AMPLIADA DE LA PARTE FRONTAL Y EL REVERSO DE LA TARJETA DE SEGURO DEL PACIENTE Y/U OTRA INFORMACIÓN DEL SEGURO JUNTO CON ESTE FORMULARIO)				<input type="checkbox"/> Consulta de cobertura solamente	
Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellidos):					
Dirección postal:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Teléfono de casa: ()		Teléfono celular o del trabajo: ()		Fecha de nacimiento: MM / DD / AAAA	
Correo electrónico:				Se puede llamar al paciente: <input type="checkbox"/> Sí/ <input type="checkbox"/> No	
Nombre del seguro principal (Primary Insurance, PI):				Teléfono del PI: ()	
<input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Medicare/Medicaid <input type="checkbox"/> Pendiente de Medicaid <input type="checkbox"/> Sin seguro Identificación del suscriptor del PI:					
PI Subscriber Name:		Fecha de nacimiento del suscriptor del PI: MM / DD / AAAA		N.º de identificación de póliza/grupo:	
Nombre del seguro secundario (Secondary Insurance, SI):				Teléfono del SI: ()	
<input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Medicare/Medicaid <input type="checkbox"/> Pendiente de Medicaid <input type="checkbox"/> Sin seguro Identificación del suscriptor del SI:					
Nombre del suscriptor del SI:		Fecha de nacimiento del suscriptor del SI: MM / DD / AAAA		N.º de identificación de póliza/grupo:	
INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA					
Nombre del proveedor de atención médica:			Nombre de la clínica (si corresponde):		
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Nombre de contacto:		Teléfono: ()		Fax: ()	
¿Prefiere ser el único punto de contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	N.º de DEA:	N.º de identificación fiscal:	Fax: ()		
		N.º de NPI:	(para resumen adicional de beneficios)		
CENTRO DE ADMINISTRACIÓN <input type="checkbox"/> El mismo que antes (SI SE PROPORCIONA UN NÚMERO DE FAX, SE ENVIARÁ UNA COPIA DEL RESUMEN DE BENEFICIOS DEL PACIENTE AL CENTRO DE ADMINISTRACIÓN)					
Nombre de la instalación:			Nombre de contacto:		
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Teléfono: ()		Fax: ()		N.º de identificación fiscal del centro:	N.º de NPI del centro:
INFORMACIÓN DE TRATAMIENTO					
Colitis ulcerosa		Enfermedad de Crohn		¿El paciente ha comenzado la terapia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Código ICD-9: _____		Código ICD-9: _____		Si la respuesta es "sí", fecha del último tratamiento: MM / DD / AAAA	
O		OR		¿Ha recibido antes una terapia biológica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Código ICD-10: _____		Código ICD-10: _____		Indique la terapia más reciente y la fecha/duración:	
RECETA (OBLIGATORIO PARA EL BENEFICIO DE FARMACIA ESPECIALIZADA)					
Iniciación: Entyvio 300 mg i.v. Dispensar: <input type="checkbox"/> Cant.: _____ vial(es) Resurtir _____ veces			Continuación: Entyvio 300 mg i.v. Dispensar: <input type="checkbox"/> Cant.: _____ vial(es) Resurtir _____ veces		
Dosis e instrucciones de uso: <input type="checkbox"/> Infusión de 300 mg i.v. en la(s) semana(s) _____ <input type="checkbox"/> Otra _____			Dosis e instrucciones de uso: <input type="checkbox"/> Infusión de 300 mg i.v. en la(s) semana(s) _____ <input type="checkbox"/> Otra _____		
¿Tiene la intención de comprar y facturar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si la respuesta es "no", proporcione una farmacia especializada preferida _____ y el número de teléfono (si alguno):					
AUTORIZACIÓN DE LA RECETA/CERTIFICACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA/AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
<small>Al firmar este formulario, certifica que a) autoriza a Takeda Pharmaceuticals America, Inc. y a sus agentes o contratistas para que envíen la declaración anterior de necesidad médica y suministren cualquier información de este formulario al asegurador del paciente arriba mencionado y b) la terapia descrita anteriormente es médicamente necesaria y c) ha recibido del paciente identificado anteriormente, o de su representante personal, la autorización necesaria para divulgar, conforme a las regulaciones y leyes de privacidad federales y estatales aplicables, la información médica referenciada y/u otra información del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de Entyvio a Takeda Pharmaceuticals America, Inc. y sus agentes o contratistas con el fin de obtener información relacionada con la cobertura de la terapia de Entyvio y/o ayudar a iniciar o mantener la terapia de Entyvio.</small>					
Firma del prescriptor:				Fecha:	

En Nueva York, adjunte copias de todas las recetas en los formularios de receta oficiales del estado de Nueva York.

Por favor, envíe por fax el formulario firmado al 1-877-488-6814. Si tiene preguntas, llame a Entyvio Connect al 1-855-ENTYVIO (1-855-368-9846), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. horario de la costa este (salvo los feriados).

Consulte la página 4 para conocer las Indicaciones completas y la Información importante de seguridad. Para conocer la información completa de posología y administración, haga clic aquí para consultar la Información de prescripción, incluida la Guía de medicamentos.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO DE COPAGOS PARA ENTYVIO CONNECT

Entyvio Connect puede ofrecerle cierto apoyo a usted y en su nombre durante la búsqueda de reembolso por la terapia de Entyvio y programas de apoyo, incluida asistencia con los copagos. El programa Entyvio Connect es un agente de Takeda Pharmaceuticals America, Inc. Para ofrecer este apoyo, Entyvio Connect necesitará utilizar su información de salud (llamada "Información de salud protegida" o "PHI") y compartirla con su plan de salud y la farmacia que recibirá la receta de su médico. Esta autorización permitirá a sus proveedores de atención médica, planes de salud y aseguradores médicos que mantienen PHI sobre usted divulgar dicha PHI a Entyvio Connect de forma que Entyvio Connect puede proporcionarle este apoyo a usted o en su nombre.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y PERMISO PARA REUNIR, USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Al firmar esta Autorización, autorizo que mi médico, planes de salud y proveedores de farmacia divulguen mi Información médica protegida, incluida, entre otra, información relacionada con mi patología, tratamiento, gestión de la atención y seguro médico, así como toda la información incluida en este formulario y cualquier receta, a Entyvio Connect y sus representantes, agentes y contratistas para los siguientes fines: (1) ayudarme en la cobertura para Entyvio en mi plan de salud, así como para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia con los copagos; (2) comunicarse con mis proveedores de atención médica y conmigo sobre mi atención médica; (3) facilitar el abastecimiento de productos, suministros o servicios por parte de un tercero, incluyendo entre otros, farmacias especializadas; y (4) registrarme en cualquier programa de registro de productos aplicable necesario para mi tratamiento.

Al marcar la casilla de verificación a continuación, autorizo también a Takeda Pharmaceuticals America, Inc., sus afiliados y socios comerciales a usar mi información personal para brindarme información y ofertas relacionadas con Entyvio, las enfermedades y patologías que trata, y las opciones de tratamiento relacionadas.

Acepto recibir de Takeda Pharmaceuticals America, Inc., sus afiliados, proveedores de servicio y socios de copromociones información relacionada con el producto y el estado de la enfermedad. Acepto que me contacten por los siguientes medios (Por favor, marque las casillas de verificación que correspondan y complete su información. Puede marcar más de una casilla de verificación.):

Correo electrónico: _____ Correo postal, en la siguiente dirección.

Entiendo que es posible que mi PHI que se divulgue según esta Autorización ya no esté protegida por la ley federal de privacidad y que Entyvio Connect podría volver a divulgarla. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios no se verán condicionados por la firma de esta Autorización. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento enviando una carta en la que solicite dicha cancelación a Entyvio Connect, PO Box 29219, Phoenix, AZ 85038-9219, pero esta cancelación no atañerá a la información que ya se haya usado o divulgado a través de esta Autorización. Esta Autorización vencerá en cinco (5) años contados a partir de la fecha de hoy, salvo que la ley estatal exija un período de tiempo menor.

Firma:		Fecha:
Dirección:		
Nombre del paciente (en letra de imprenta):	Teléfono: ()	<input type="checkbox"/> Se puede dejar un mensaje en este número.

Por favor, envíe por fax el formulario firmado al 1-877-488-6814. Si tiene preguntas, llame a Entyvio Connect al 1-855-ENTYVIO (1-855-368-9846), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. horario de la costa este (salvo los feriados). Consulte la página 4 para conocer las Indicaciones completas y la Información importante de seguridad. Para conocer la información completa de posología y administración, haga clic aquí para consultar la Información de prescripción, incluida la Guía de medicamentos.

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA DE LOS CÓDIGOS DIAGNÓSTICOS

Esta guía se ha diseñado para respaldar el proceso de reembolso para proveedores y pagadores al ofrecer información de codificación para Entyvio (vedolizumab). Los proveedores tienen la responsabilidad de determinar y enviar los códigos, cargos y modificadores apropiados para todos los productos y servicios médicamente adecuados. Por favor, contacte a cada uno de los pagadores para consultar las políticas actuales y específicas de codificación, cobertura y pago.

Los siguientes códigos de diagnóstico ICD-9-CM o ICD-10-CM pueden ser apropiados para describir estos estados patológicos:

TABLA DE CONVERSIÓN DE COLITIS ULCEROSA (CU) ICD-9 A ICD-10¹

Códigos de diagnóstico ICD-9			Códigos de diagnóstico ICD-10	
Código	Descripción		Código	Descripción
556.0	Enterocolitis ulcerosa (crónica)	→	K51.80	Otra colitis ulcerosa sin complicaciones
556.1	Ileocolitis ulcerosa (crónica)	→	K51.80	Otra colitis ulcerosa sin complicaciones
556.2	Proctitis ulcerosa (crónica)	→	K51.20	Proctitis ulcerosa (crónica) sin complicaciones
556.3	Proctosigmoiditis ulcerosa (crónica)	→	K51.30	Rectosigmoiditis ulcerosa (crónica) sin complicaciones
556.5	Colitis ulcerosa (crónica) en lado izquierdo	→	K51.50	Colitis en lado izquierdo sin complicaciones
556.6	Colitis ulcerosa (crónica) universal	→	K51.00	Pancolitis ulcerosa (crónica) sin complicaciones
556.8	Otra colitis ulcerosa	→	K51.80	Otra colitis ulcerosa sin complicaciones
556.9	Colitis ulcerosa, sin especificar	→	K51.90	Colitis ulcerosa sin especificar, sin complicaciones

TABLA DE CONVERSIÓN DE ENFERMEDAD DE CROHN (EC) ICD-9 A ICD-10¹

Códigos de diagnóstico ICD-9			Códigos de diagnóstico ICD-10	
Código	Descripción		Código	Descripción
555.0	Enteritis regional del intestino delgado	→	K50.00	Enfermedad de Crohn del intestino delgado sin complicaciones
555.1	Enteritis regional del intestino grueso	→	K50.10	Enfermedad de Crohn del intestino grueso sin complicaciones
555.2	Enteritis regional del intestino delgado y del intestino grueso	→	K50.80	Enfermedad de Crohn del intestino delgado y del intestino grueso sin complicaciones
555.9	Enteritis regional de sitio no especificado	→	K50.90	Enfermedad de Crohn no especificada, sin complicaciones

Consulte las Indicaciones y la Información importante de seguridad en la página 4.

Referencia: 1. AAPC. ICD-10 Code Translator. <https://www.aapc.com/icd-10/codes>. Accessed September 8, 2015.

INDICACIONES: ENTYVIO (vedolizumab)

Colitis ulcerosa (CU) en adultos

Los pacientes adultos con CU moderadamente activa o muy activa que han presentado una respuesta inadecuada, pérdida de respuesta o intolerancia a un inmunomodulador o bloqueante del factor de necrosis tumoral (TNF), o que han presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a corticoesteroides o dependencia demostrada de los mismos:

- inducción y mantenimiento de la respuesta clínica
- inducción y mantenimiento de la remisión clínica
- mejora del aspecto endoscópico de la mucosa
- logro de remisión libre de corticoesteroides

Enfermedad de Crohn (EC) en adultos

Los pacientes adultos con EC moderadamente activa o muy activa que han presentado una respuesta inadecuada, pérdida de respuesta o intolerancia a un inmunomodulador o bloqueante del factor de necrosis tumoral (TNF), o que han presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a corticoesteroides o dependencia demostrada de los mismos:

- logro de respuesta clínica
- logro de remisión clínica
- logro de remisión libre de corticoesteroides

INFORMACIÓN IMPORTANTE DE SEGURIDAD

- ENTYVIO (vedolizumab) para inyección está contraindicado en pacientes que han presentado una reacción de hipersensibilidad intensa o grave conocida a ENTYVIO o a cualquiera de sus excipientes.
- Han ocurrido reacciones relacionadas con la infusión y reacciones de hipersensibilidad incluyendo la anafilaxia. También se han observado reacciones alérgicas, incluyendo disnea, broncoespasmo, urticaria, rubefacción, erupción cutánea, y aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca. Si se produce la anafilaxia u otra reacción alérgica grave, interrumpa de inmediato la administración de ENTYVIO e inicie el tratamiento adecuado.
- Los pacientes tratados con ENTYVIO tienen mayor riesgo de desarrollar infecciones. Se han informado infecciones graves en pacientes tratados con ENTYVIO, incluyendo absceso anal, septicemia (algunos casos mortales), tuberculosis, septicemia por Salmonela, meningitis por Listeria, giardiasis y colitis por citomegalovirus. ENTYVIO no se recomienda en pacientes con infecciones graves activas hasta que las infecciones estén controladas. Considere interrumpir la administración de ENTYVIO en los pacientes que desarrollen una infección grave mientras están recibiendo tratamiento con ENTYVIO. Sea cauto en los pacientes con antecedentes de infecciones graves recurrentes. Considere realizar las pruebas de detección de la tuberculosis (TB) según la práctica local.
- Aunque no se ha observado ningún caso de LMP en los ensayos clínicos con ENTYVIO, se han producido infecciones por el virus JC que han causado leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) y el fallecimiento de pacientes tratados con otro antagonista del receptor de la integrina. No se puede descartar el riesgo de LMP. Vigile a los pacientes para detectar cualquier signo o síntoma neurológico nuevo o el empeoramiento de los mismos. Los signos y síntomas típicos asociados con la LMP son diversos, progresan a lo largo de los días o semanas, e incluyen debilidad progresiva en un lado del cuerpo o pesadez de las extremidades, alteración de la visión y cambios en el pensamiento, la memoria y la orientación que causan confusión y cambios de personalidad. Si se sospecha de la existencia de LMP, interrumpa la administración de la dosis de ENTYVIO y derive a un neurólogo. Si se confirma la enfermedad, detenga la administración de la dosis de ENTYVIO permanentemente.
- Ha habido informes de elevaciones de los niveles de transaminasas y/o bilirrubina en los pacientes que reciben ENTYVIO. ENTYVIO se debe discontinuar en los pacientes con ictericia u otra evidencia de daño hepático importante.
- Antes de iniciar el tratamiento con ENTYVIO, todos los pacientes deben estar al día en todas las vacunas que exigen las directrices de vacunación actuales. Los pacientes que reciben ENTYVIO pueden recibir vacunas con virus muertos y vacunas con virus vivos si los beneficios son superiores a los riesgos.
- Las reacciones adversas más comunes (incidencia $\geq 3\%$ y $\geq 1\%$ más alta que con el placebo): nasofaringitis, dolor de cabeza, artralgia, náuseas, pirexia, infecciones de las vías respiratorias altas, cansancio, tos, bronquitis, gripe, dolor de espalda, erupción cutánea, prurito, sinusitis, dolor orofaríngeo y dolor en las extremidades.

Haga clic aquí para leer la [Información de prescripción completa, incluida la Guía de medicación.](#)