

3 INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE ASISTENCIA SÓLO PARA COPAGOS

CÓMO INSCRIBIRSE

El Programa de Asistencia en Copagos de *Entyvio Connect* ofrece ayuda para gastos desembolsados para los pacientes que reúnan los requisitos.*

3 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ASISTENCIA SÓLO EN COPAGOS Si su oficina determina que no es necesaria una investigación de beneficios, utilice este formulario para inscribir a su paciente sólo en el Programa de Asistencia en Copagos.

Tanto el médico como el paciente deberán llenar y firmar el **3** Formulario de inscripción para asistencia sólo en copagos. Envíe por fax el formulario completado y firmado al **1-877-488-6814**.

Antes de enviarlo, verifique que todas las preguntas de testimonio hayan sido contestadas y que se hayan firmado todas las áreas resaltadas.

***Requisitos de elegibilidad:** Esta oferta no se puede usar si usted es beneficiario o si parte de su receta está cubierta por: (1) algún programa de atención médica estatal o federal (Medicare, Medicaid, TriCARE, etc.), inclusive algún programa estatal de asistencia farmacéutica; (2) el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D), o si actualmente está en interrupción de cobertura; o (3) algún seguro que le pague el costo total de la receta.

Haga clic [aquí](#) para obtener un Formulario de inscripción para asistencia sólo en copagos para llenar.



Si tiene preguntas, llame 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 las Indicaciones y la Información importante de seguridad en la página siguiente.

3 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ASISTENCIA SÓLO EN COPAGOS

EntyvioCONNECT

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD (POR FAVOR, LEA LA INFORMACIÓN ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO)

Esta oferta no se puede usar si usted es beneficiario o si parte de su receta está cubierta por: (1) algún programa de atención médica estatal o federal (Medicare, Medicaid, TRICARE, etc.), inclusive algún programa estatal de asistencia farmacéutica; (2) el Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D), o si actualmente está en interrupción de cobertura; o (3) algún seguro que le pague el costo total de la receta.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: () _____ Teléfono celular o del trabajo: () _____ Fecha de nacimiento: / / _____

Correo electrónico: _____ Sexo: Masculino Femenino

Si no está disponible cuando le llamemos, ¿podemos dejarle un mensaje con el nombre de la receta, Entyvio? Sí No

¿Certifica que actualmente cuenta con un seguro comercial que cubre una parte de los costos de su receta de Entyvio? Sí No

¿Certifica que no está inscrito en ningún programa de atención médica estatal o federal (Medicare, Medicaid, TRICARE, etc.), ni en ningún programa estatal de asistencia farmacéutica? Sí No

¿Certifica que no solicitará el reembolso a ningún otro plan o programa (Cuenta Flexible para Gastos [FSA], Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos [HSA], Cuenta de Reembolsos de Gastos Médicos [HRA], etc.) para gastos desembolsados cubiertos por el Programa de Asistencia para Copagos? Sí No

¿Comprende que usted o su médico necesitarán enviar su Explicación de Beneficios (EOB) después de cada infusión y que el Programa no puede otorgar ayuda para copagos sin la EOB? Sí No

Al firmar esta Autorización, autorizo que mi médico y proveedores de farmacia divulguen mi información médica personal, 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 ("Información Médica Personal"), a Entyvio Connect y a sus representantes, agentes y contratistas, con el propósito de facilitar el abastecimiento de productos, suministros o servicios por parte de un tercero, incluyendo entre otros, farmacias especializadas y asistencia para copago. Entiendo que es posible que mi Información Médica Personal que se divulga 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 por correo 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 con 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 del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre del médico: _____ Fax: () _____

Nombre de la instalación: _____ Persona de contacto en la oficina: _____

Dirección: _____ N.º de NPI: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Código del diagnóstico: _____

Teléfono: () _____

Al firmar a continuación, por este medio doy fe de que Entyvio es clínicamente apropiado para el paciente que se indica arriba. Entiendo que mi firma a continuación no constituye un respaldo al Programa de Copagos. También entiendo que para gestionar este programa, las compañías que trabajan en nombre de Entyvio, con respecto al Programa de Copagos, podrían ponerse en contacto conmigo para verificar la información sobre el tratamiento con Entyvio de mi paciente específica a dicho Programa de Copagos.

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

Para las Indicaciones completas e Información importante de seguridad, consulte la página 3. Haga clic aquí para leer la Información de prescripción completa, incluida la Guía de medicación.

ENTYVIO es una marca registrada de Millennium Pharmaceuticals, Inc., registrada ante la Oficina de Patentes y Marcas Registradas de Estados Unidos, y se usa bajo licencia de Takeda Pharmaceuticals America, Inc. © 2016 Takeda Pharmaceuticals U.S.A., Inc. Todos los derechos reservados.

July 2016

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 corticosteroides

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 corticosteroides

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.

INFORMACIÓN IMPORTANTE DE SEGURIDAD (continúa)

- 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 Salmonella, 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 leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) en los ensayos clínicos con ENTYVIO, se han producido infecciones por el virus JC que han causado 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 descontinuar 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.](#)