

# Formulario de autorización del paciente de AstraZeneca Access 360™

Access 360 es un programa opcional proporcionado por AstraZeneca para pacientes, sus cuidadores, familiares y proveedores. Access 360 puede ayudarle a entender su cobertura y su obligación financiera con respecto a los medicamentos de AstraZeneca y proporcionarle recursos que faciliten el tratamiento y el pago de este.



Al firmar más abajo, autorizo a mis proveedores y personal de atención médica, mi plan de salud y mis farmacias a utilizar y compartir información médica protegida (mi "Información") con AstraZeneca (incluido Access 360) y sus filiales y contratistas ("AstraZeneca"). Mi Información incluye los registros de salud relacionados con las recetas, información acerca de los beneficios de mi plan de atención médica y cualquier otra información relacionada con mi salud. Mi Información podría utilizarse para verificar, investigar y asistir en la coordinación de la cobertura para productos de AstraZeneca; realizar un seguimiento de mi receta según lo solicitado por mi médico; comunicarse conmigo acerca de los programas de asistencia al paciente; y realizar un análisis interno en AstraZeneca para satisfacer mejor las necesidades del paciente. Entiendo que es posible que las leyes federales de privacidad no protejan mi Información cuando esta se haya divulgado; sin embargo, AstraZeneca acepta proteger mi Información al usarla y divulgarla únicamente para los fines especificados. Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que esto no afectará mi tratamiento ni el pago de este, la cobertura de seguro ni la elegibilidad para recibir beneficios. No obstante, si no firmo esta Autorización, no podré recibir la ayuda de Access 360. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento; para ello, debo enviar por correo una carta en la que solicite dicha cancelación a One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878. Entiendo que una cancelación de este tipo no se aplicará a la Información que ya se haya utilizado o divulgado en función de esta Autorización antes de la recepción de la cancelación.

*Los pacientes tienen derecho a recibir una copia firmada. Esta autorización vence dos (2) años después de la fecha de la firma que aparece más abajo, a menos que la ley estatal establezca un período de tiempo más breve.*

## Para ser completado por el paciente o representante legalmente autorizado

Nombre del paciente (nombre y apellido): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del representante legalmente autorizado (nombre y apellido): \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Calle/apartamento de la dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Paciente  Representante legalmente autorizado del paciente

Firma del paciente o del representante legalmente autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Esta autorización también está disponible en línea en [www.MyAccess360PAF.com](http://www.MyAccess360PAF.com).

AstraZeneca Access 360 es una marca comercial del grupo de empresas AstraZeneca.  
©2017 AstraZeneca. Todos los derechos reservados. US-16349 Última actualización 11/17



# Acerca de AstraZeneca Access 360™

AstraZeneca Access 360™ le proporciona apoyo personal gratuito para ayudarle a tener acceso a los medicamentos que necesita. Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para trabajar junto a usted a fin de ayudarle a resolver complicadas preguntas financieras y de seguro. Nuestros asesores de reembolso experimentados y comprensivos intentarán proporcionarle la asistencia que necesita para que no omita dosis.

Podemos brindarle ayuda con lo siguiente:

- preguntas y procesos de seguro complicados
- cómo encontrar una farmacia
- búsqueda de ayuda financiera que sea adecuada para usted
- suministro de información acerca de programas de apoyo para los que podría ser elegible si no tiene o le han negado cobertura de seguro



Llame hoy mismo para conocer a su asesor de reembolso de AstraZeneca al **844-ASK-A360 (844-275-2360)** de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este. Para obtener más información, visite [www.MyAccess360.com](http://www.MyAccess360.com).

## Cómo enviar el formulario de autorización del paciente (PAF):

Para comenzar a recibir el apoyo Access 360 específico del paciente, complete y envíe un **formulario de autorización del paciente (Patient Authorization Form, PAF)**.

Los PAF pueden enviarse de cinco formas:



Impresos, por fax al **844-FAX-A360 (844-329-2360)**



Impresos, por correo a AstraZeneca Access 360,  
**One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878**



Por Internet en **[www.MyAccess360PAF.com](http://www.MyAccess360PAF.com)**



Llamando al **844-ASK-A360 (844-275-2360)**

