

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: MM / DD / AÑO

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 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 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).

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.

GUÍA RÁPIDA DE REFERENCIA DE CÓDIGOS PARA DIAGNÓSTICO

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 3.

Referencia: 1. AAPC. ICD-10 Code Translator. <https://www.aapc.com/icd-10/codes>. Acceso el 8 de septiembre de 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 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 ocurre 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 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 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](#).