

Enviar por fax el formulario completado al: 1-844-708-0011. Si tiene alguna pregunta, llame al 1-844-PALFORZ (1-844-725-3679).

*Campo obligatorio

PARA PACIENTES

1. Información del paciente

Hombre Mujer

Nombre (en letra de imprenta)* _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido* _____ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)* _____ Sexo*

Dirección* _____ Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____ Los últimos 4 dígitos del número de seguro social (SSN) del suscriptor del seguro (para la verificación del seguro)* _____

Nombre del padre o de la madre/del tutor legal _____ Relación con el paciente _____

Número de teléfono principal del padre o de la madre/del tutor legal* Móvil Domicilio Número secundario Móvil Domicilio _____

Correo electrónico del padre o de la madre/del tutor legal _____

¿Podemos dejar un mensaje de voz detallado que incluya información sobre el tratamiento?* Sí No ¿Podemos dejar un mensaje de texto detallado que incluya información sobre el tratamiento?* Sí No

2. Diagnóstico e información clínica

Z91.010 Alergia a los maníes T78.01XA Reacción anafiláctica a causa de los maníes, contacto inicial: T78.01XD Reacción anafiláctica a causa de los maníes, contacto posterior

T78.01XS Reacción anafiláctica a causa de los maníes, secuelas Otros: _____

3. Cita para el aumento gradual de la dosis inicial: Debe ser completado por el médico prescriptor en colaboración con el paciente

Seleccione la farmacia especializada de preferencia del paciente a continuación, si se conoce.

Fecha prevista de la cita para el aumento gradual de la dosis inicial (dd/mm/aaaa) _____

Farmacia especializada AllianceRx-Walgreens Farmacia especializada Optum

Farmacia especializada CVC Desconocida

4. Información sobre la receta: PALFORZIA

Instrucciones: Abra las cápsulas o el sobre asociado con el nivel de dosis actual y vacíe la dosis completa de PALFORZIA en polvo en algunas cucharadas de alimentos semisólidos refrigerados o a temperatura ambiente, aproximadamente a la misma hora cada día, tal como se lo indique su profesional de atención médica. Mezcle bien. No trague las cápsulas. Consuma de inmediato todo el volumen de la mezcla preparada por boca.

Nota: La receta para el aumento de la dosis para todo el ciclo de tratamiento incluirá todas las siguientes formulaciones (cada receta es para 1 paquete; indique cuántos paquetes se permiten por cada receta):

Aumento gradual de la dosis inicial: El aumento gradual de la dosis inicial se administra en un único día bajo la supervisión de un profesional de atención médica.

PALFORZIA - Tarjeta de aumento gradual de la dosis inicial Cantidad: _____ Reposición: _____

Aumento de la dosis

PALFORZIA - 3 mg (nivel 1) Cantidad: _____ Reposición: _____

PALFORZIA - 6 mg (nivel 2) Cantidad: _____ Reposición: _____

PALFORZIA - 12 mg (nivel 3) Cantidad: _____ Reposición: _____

PALFORZIA - 20 mg (nivel 4) Cantidad: _____ Reposición: _____

PALFORZIA - 40 mg (nivel 5) Cantidad: _____ Reposición: _____

Número de recetas emitidas: _____

Aumento de la dosis (continuación)

PALFORZIA - 80 mg (nivel 6) Cantidad: _____ Reposición: _____

PALFORZIA - 120 mg (nivel 7) Cantidad: _____ Reposición: _____

PALFORZIA - 160 mg (nivel 8) Cantidad: _____ Reposición: _____

PALFORZIA - 200 mg (nivel 9) Cantidad: _____ Reposición: _____

PALFORZIA - 240 mg (nivel 10) Cantidad: _____ Reposición: _____

PALFORZIA - 300 mg (nivel 11), Sobres de 15 unidades Cantidad: _____ Reposición: _____

Mantenimiento (suministro mensual)

PALFORZIA - 300 mg, Sobres de 30 unidades Cantidad: _____ Reposición: _____ 1 envase

5. Información del médico prescriptor

Primer nombre* _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido* _____ Especialidad _____

Nombre del consultorio _____ N.º de teléfono del consultorio _____ N.º de fax del consultorio _____

Nombre de contacto principal _____ N.º de teléfono de contacto principal _____

Dirección del consultorio (lugar donde el paciente recibirá atención) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal* _____

N.º de NPI (identificación de proveedor nacional) del médico prescriptor* _____ N.º de NPI del grupo _____ N.º de identificación fiscal del médico prescriptor _____

6. Declaración completa de necesidad médica y consentimiento

Mediante mi firma a continuación, certifico que (1) según mi criterio clínico independiente, el tratamiento de Aimmune Therapeutics (Aimmune) que prescribí es médicamente necesario y es lo mejor para el paciente mencionado anteriormente; (2) tengo el consentimiento necesario en virtud de la ley federal o estatal para la divulgación de la información del paciente en este formulario a Aimmune y sus afiliadas, agentes y contratistas y socios comerciales (conjuntamente "Aimmune") para verificación de los beneficios y la coordinación de la entrega de PALFORZIA; (3) cumpliré con los requisitos de prescripción específicos del estado y comprendo que el incumplimiento de estos requisitos podría tener como resultado una posterior divulgación por parte de la farmacia especializada del paciente; (4) entiendo que la información que proporciono en este formulario, si la firma el paciente, será utilizada por Aimmune, según lo autorizado por el paciente. Autorizo a Aimmune a actuar en mi nombre con el fin limitado de transmitir esta receta a la farmacia que corresponda designada por el paciente utilizando su plan de beneficios. Esta autorización incluye permitir que Aimmune comunique a los pagadores en mi nombre para confirmar la elegibilidad y los beneficios del plan de salud de este paciente. Autorizo a UBC a utilizar la red de Surescripts en mi nombre en relación con este formulario de inscripción. Cumpliré con todos los términos y condiciones de Surescripts, incluyendo la confidencialidad, los mensajes comerciales, la privacidad y la seguridad, las leyes aplicables y el uso de los datos. Se aplican todas las exenciones de responsabilidad de Surescripts. Se puede encontrar una lista completa de los términos y condiciones en www.ubc.com/surescriptsterms.

Firma del médico prescriptor (sin sello) **Dispensar según está escrito** _____ Fecha (dd/mm/aaaa) _____

Nombre y apellido del médico prescriptor (en letra de imprenta) _____ N.º de NPI (identificación de proveedor nacional) del médico prescriptor _____

Firma del médico prescriptor (sin sello) **Se permiten las sustituciones** _____ Fecha (dd/mm/aaaa) _____

Médico tratante (si corresponde) _____

PARA EL MÉDICO PRESCRIPTOR

7. Información del seguro del paciente

Incluya copias del anverso y reverso de todas las tarjetas de seguros y complete esta sección.

Nombre del seguro para el beneficio de farmacia	Nombre del seguro principal	Nombre del seguro secundario
Compañía de seguros	Compañía de seguros	Compañía de seguros
N.º de ID	N.º de ID	N.º de ID
N.º de grupo	N.º de grupo	N.º de grupo
N.º de BIN/PCN		
N.º de teléfono del seguro	N.º de teléfono del seguro	N.º de teléfono del seguro
Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente)	Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente)	Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente)
Nombre del empleador (si corresponde)	Relación con el paciente	Relación con el paciente

- El paciente está inscrito en un plan de salud calificado (QHP) o un programa de salud financiado por el gobierno como Medicare, Medicaid, VA, DoD o TRICARE.
- El paciente no tiene seguro. Si desea que verifiquemos su elegibilidad para el Programa de asistencia al paciente ("PAP") de PALFORZIA Pathway™, complete y firme (1) en el consentimiento del paciente: la sección del Programa de asistencia al paciente y programa de descuentos en copagos de PALFORZIA Pathway, Y (2) la sección de Autorización del paciente para PALFORZIA Pathway.

8. Autorización y consentimiento del paciente

Consentimiento del paciente: Autorización para telecomunicaciones y comercialización (opcional)

Al completar y enviar este formulario, reconozco que puedo recibir llamadas/mensajes de texto que no sean de comercialización de parte de o en nombre de Aimmune a los números de teléfono que proporcione. Entiendo que estas comunicaciones pueden enviarse usando un marcador automático o una voz artificial/grabada previamente al número o a los números de teléfono que proporcione. Pueden aplicarse tarifas a los mensajes y datos. Mensajes recurrentes; la frecuencia puede variar.

- Marque aquí para recibir herramientas y recursos de comercialización útiles de Aimmune para ayudarme en mi camino de tratamiento con PALFORZIA. Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para recibir información de comercialización, ofertas y materiales educativos relacionados con la alergia a los maníes y/o Aimmune y sus tratamientos, incluido el programa de comercialización de relaciones con el cliente de Aimmune. Entiendo que mi consentimiento no es necesario ni una condición para la compra de tratamientos Aimmune ni para recibir apoyo de Aimmune a través del Programa de apoyo de PALFORZIA Pathway.

Nombre del padre o de la madre/del tutor legal

Firma del padre o de la madre/tutor legal:

Fecha (dd/mm/aaaa)

Consentimiento del paciente: Programa de asistencia al paciente y programa de descuentos en copagos de PALFORZIA Pathway (opcional, pero obligatorio para que PALFORZIA Pathway verifique su elegibilidad para el Programa de asistencia al paciente y el programa de descuentos en copagos de PALFORZIA Pathway)
Tenga en cuenta que si un paciente necesita ayuda económica a través del Programa de asistencia al paciente de PALFORZIA Pathway, también se requiere una firma en la sección Autorización del paciente de PALFORZIA Pathway a continuación.

- Entiendo que puedo ser elegible para recibir asistencia a través del Programa de descuentos en copagos de PALFORZIA Pathway o del Programa de asistencia al paciente ("PAP"), y otorgo permiso para que el Programa de asistencia de PALFORZIA Pathway determine mi elegibilidad para estos programas.
- Entiendo que si mi seguro no cubre mi tratamiento Aimmune, puedo ser elegible para participar en el PAP de PALFORZIA Pathway. Otorgo permiso al Programa de asistencia de PALFORZIA Pathway para comprobar mi idoneidad. Certifico que los ingresos del hogar ascienden a \$ _____ por año y hay _____ personas en nuestro hogar. Reconozco que como parte de la determinación de mi elegibilidad para el PAP, los ingresos de mi hogar pueden estar sujetos a verificación.
- Entiendo que estoy proporcionando "instrucciones por escrito" autorizando a Aimmune y a su proveedor de conformidad con la Ley de Información Crediticia Imparcial ("FCRA") a obtener información de mi perfil crediticio u otra información de una agencia de consumidores con el fin de determinar las calificaciones económicas para los programas de asistencia para pacientes administrados por Aimmune que solicito ahora o pueda solicitar en el futuro.

Nombre del padre o de la madre/del tutor legal

Firma del padre o de la madre/tutor legal:

Fecha (dd/mm/aaaa)

Autorización del paciente de PALFORZIA Pathway (opcional, pero obligatoria para la inscripción en PALFORZIA Pathway)

Por la presente autorizo a mis médicos prescriptores, planes de salud, responsables de los pagos, farmacias y sus respectivos contratistas y agentes ("organizaciones de atención médica") a compartir mi información personal y médica ("mi información") relacionada con mi tratamiento Aimmune con Aimmune Therapeutics, Inc y sus filiales, agentes y contratistas (conjuntamente, "Aimmune") como se describe a continuación. Entiendo que mi farmacia, médicos prescriptores y/o sus contratistas pueden recibir remuneración económica por parte de Aimmune por revelar mi información a Aimmune y por proporcionarme servicios de apoyo, incluido el envío de comunicaciones, de conformidad con esta autorización.

8. Autorización y consentimiento del paciente (continuación)

PALFORZIA Pathway™ Autorización del paciente (continuación)

Autorizo a mis organizaciones de atención médica a compartir mi información con Aimmune con el fin de que Aimmune pueda: (1) contactarse conmigo o con mis organizaciones de atención médica, u otros que haya identificado, acerca de mi enfermedad o tratamiento; (2) confirmar mi elegibilidad para los programas de asistencia económica; (3) proporcionarme apoyo para el reembolso; (4) comprometerse conmigo con fines comerciales internos, incluidos el control de calidad, las encuestas para mejorar la asistencia y la investigación de mercado; (5) enviarme información de comercialización, ofertas y materiales educativos relacionados con la alergia a los maníes y/o los tratamientos de Aimmune, incluido el Programa de asistencia de PALFORZIA Pathway; y (6) usar y divulgar mi información por motivos de seguridad o según lo exija la ley. Entiendo que si no firmo este formulario, seguiré siendo elegible para los beneficios del plan de salud, y mi tratamiento y el pago de mi tratamiento por parte de los médicos prescriptores y la farmacia no se verán afectados, pero no tendré acceso al apoyo de la Aimmune descrito anteriormente.

Entiendo que una vez que mi información médica se haya divulgado a Aimmune, es posible que las leyes de privacidad federales ya no la protejan y puede volverse a divulgar. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento notificándoselo a Aimmune al 1-844-PALFORZ (1-844-725-3679). Mi cancelación no entrará en vigor hasta que Aimmune la reciba y notifique a las organizaciones de atención médica al respecto, y no se aplicará a ninguna parte de mi información divulgada en virtud de esta autorización antes de mi cancelación. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada, que caduca en el período de diez (10) años u otro plazo requerido por el estado en el que resido, desde la fecha de mi firma.

Nombre del padre o de la madre/del tutor legal*

Firma del padre o de la madre/tutor legal:*

Fecha (dd/mm/aaaa)*

Relación del tutor legal autorizado con el paciente*