

CÓMO INSCRIBIRSE

VELTASSA⁺KonnectSM

Complete este formulario en su totalidad con su paciente. Se usará como una receta y para inscripción en Veltassa Konnect.

1. Asegúrese de completar toda la información del paciente, del profesional que receta, del seguro y la dosis recetada (incluida la autorización para la prueba gratis para nuevos pacientes del Programa de Inicio de Veltassa [VELTASSA Start Program]).
2. Complete la totalidad de la sección de la receta y de forma precisa para evitar demoras.
3. El médico que receta debe firmar y fechar la declaración del profesional que receta.
4. El paciente o su representante legal debe firmar el Aviso de privacidad y la Autorización del paciente. También pueden visitar www.VELTASSAeconsent.com para proporcionar su autorización de manera electrónica. Tenga en cuenta que el nombre en letra de imprenta y la firma en la página 2 deben coincidir para procesar el formulario.
5. Los pacientes que soliciten asistencia financiera deben completar la sección Programa de Asistencia al Paciente (Patient Assistance Program) en la página 2 y proporcionar toda la documentación requerida tal como se describe.
6. Recuerde incluir una copia legible del anverso y reverso de la tarjeta de seguro del paciente.
7. Asegúrese de que el formulario esté completo en su totalidad y envíe por fax todas las páginas al 1-888-623-7092.

El formulario no puede procesarse sin una firma y fecha original del profesional que receta. Las firmas impresas no pueden aceptarse.

¿TIENE PREGUNTAS?

Llame al 1-844-870-7597, de lunes a viernes
de 9 a. m. a 8 p. m., hora del este

El formulario inicial para recetas también está disponible en línea en
www.VELTASSAhcp.com

**FORMULARIO INICIAL
PARA RECETAS**

VELTASSA **Konnect**SM

- 1. COMPLETE CADA SECCIÓN EN AMBAS PÁGINAS**
2. FIRME: El profesional que receta firma la página 1
El paciente o el representante legal del paciente
firma la página 2
3. Envíe por FAX las dos páginas al 1-888-623-7092
- Incluya copias de ambos lados de la tarjeta de seguro

¿TIENE PREGUNTAS?

Llame al 1-844-870-7597, de lunes a viernes
de 9 a. m. a 8 p. m., hora del este.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Proporcione la dirección física, no una casilla de correo)

Nombre del paciente (Nombre, Apellido) _____ Idioma de preferencia del paciente _____
Dirección _____ Nombre del representante legal del paciente _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ (Si corresponde)
Fecha de nacimiento ____/____/____ Hombre Mujer Teléfono del representante legal del paciente (____) _____ - _____
Teléfono principal (____) _____ - _____ Mejor horario para Relación con el paciente _____
llamar _____ Teléfono secundario (____) _____ - _____

Si el paciente o el representante legal del paciente no se encuentra disponible para firmar este formulario, solicite a VELTASSA Konnect que envíe el formulario al paciente inmediatamente para que lo complete. (Los pacientes también pueden visitar www.VELTASSAeconsent.com para proporcionar su autorización de manera electrónica).

2. INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE RECETA

Nombre del profesional que receta _____ Nombre del centro que brinda el tratamiento _____
Dirección _____ Especialidad _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Nombre del contacto del consultorio _____
Teléfono (____) _____ - _____ Fax (____) _____ - _____ Identificación de proveedor nacional (National Provider Identifier, NPI) del profesional que receta _____ NPI del grupo _____
N.º de licencia del estado _____

3. INFORMACIÓN DEL SEGURO (Adjunte una copia de las tarjetas de seguro médico y para medicamentos recetados [ambos lados]) El paciente no está asegurado

SEGURO MÉDICO PRIMARIO

Nombre del seguro médico primario _____
(Primary insurance, PI)
N.º de póliza del PI _____
N.º de grupo del PI _____
Teléfono del PI (____) _____ - _____
Nombre del titular de la póliza _____

COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Nombre del seguro para medicamentos recetados _____
N.º de identificación de miembro del seguro para medicamentos recetados _____
Teléfono del seguro para medicamentos recetados (____) _____ - _____
Red de cuidados primarios (Primary Care Network, PCN) _____
Número de identificación de beneficios (Benefit Identification Number, BIN) _____
N.º de grupo del seguro para medicamentos recetados _____
Nombre del titular de la póliza de medicamentos recetados _____

4. RECETA DE VELTASSA® (patiromer) PARA SUSPENSIÓN ORAL

PROGRAMA DE INICIO DE VELTASSA*: Una vez que el profesional que receta realice una evaluación médica sobre la necesidad del paciente, Relypsa les proporcionará a los nuevos pacientes que sean elegibles una oferta para una prueba gratis de hasta 30 días de VELTASSA.

Sí, proporcionar al paciente un suministro gratis de VELTASSA. Dosis de 8.4 g una vez al día y entregar hasta un suministro por 30 días como se indica a continuación.

Enviar a la dirección del paciente Enviar al consultorio del médico Otra dirección (Indíquela a continuación)

Nombre del contacto _____ Teléfono (____) _____ - _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Disuelva el contenido de un (1) paquete en 1/3 de taza de agua y beba la cantidad completa una vez al día. Tómelo como se indica.

8.4 g una vez al día 16.8 g una vez al día | Entrega: Suministro por 30 días Otro _____ | Resurtir _____ veces
 25.2 g una vez al día Otro _____ | Suministro por 90 días

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE/CÓDIGO(S) CIE-10

Hiperpotasemia E87.5 Otro _____

Se pueden adjuntar los registros médicos para lo siguiente:

Nivel de potasio sérico _____

Alergias _____

Medicamentos actuales _____

DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL QUE RECETA

Certifico que la información del paciente y del médico contenida en este formulario de inscripción es completa y precisa a mi leal saber y entender. He recetado VELTASSA en función de mi opinión de necesidad médica y supervisaré el tratamiento del paciente. Antes de transmitir la información de salud a Relypsa y a las partes que trabajan con Relypsa, he recibido la autorización necesaria para llevar a cabo una evaluación preliminar de verificación del seguro y determinar la elegibilidad del paciente para el programa del producto de Relypsa. Autorizo el reenvío de esta receta a una farmacia de entrega especializada en mi nombre y en nombre del paciente. Comprendo que ni yo ni el paciente podemos solicitar un reembolso por los productos gratis recibidos en virtud de este programa.

 Firma del profesional que receta _____ Fecha _____ Firma del profesional que receta _____ Fecha _____
(No se aceptan sellos) (Entregar según lo escrito) (No se aceptan sellos) (Sustitución permitida)

*El Programa de Inicio de VELTASSA no está supeditado a la compra. No se garantiza que el plan de salud del paciente aprobará VELTASSA.

AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Al firmar esta Autorización, autorizo a Relypsa y a las compañías y las partes que trabajan con Relypsa (en conjunto, "Relypsa"), a utilizar y/o divulgar mi información de salud sobre mi afección médica, los registros, el tratamiento y el plan de salud para los propósitos que se establecen a continuación. También autorizo a mis proveedores de atención médica, planes de salud y farmacias a divulgar mi información de salud a Relypsa para los propósitos que se establecen a continuación. Comprendo que esta Autorización es voluntaria, pero sin ella Relypsa no puede proporcionarme servicios ni información.

VELTASSA Kōnnect es un programa patrocinado por Relypsa que brinda apoyo al paciente y ayuda a que los pacientes elegibles accedan al tratamiento, y puedan pagarlo, reciban información sobre él y lo cumplan según lo prescrito.* Una vez que mi información de salud se haya divulgado, comprendo que es posible que las leyes de privacidad ya no protejan la información. Sin embargo, Relypsa acepta proteger mi información de salud, divulgándola y utilizándola únicamente para los propósitos que se autorizan en la presente Autorización o según las leyes lo exijan. Comprendo que ciertas partes, tales como mi proveedor de farmacia, podrían recibir una remuneración por parte de Relypsa en relación con las actividades descritas en esta Autorización.

Autorizo la utilización y/o la divulgación de mi información de salud para los siguientes propósitos: (1) para mi inscripción, la determinación de mi elegibilidad y mi participación en VELTASSA Kōnnect y para la administración del programa; (2) para ayudar a que mi plan de salud, mi proveedor o mi farmacia se comuniquen conmigo acerca del estado de mi atención médica y de mi seguro; (3) para verificar la información de mi seguro; (4) para brindar educación y apoyo continuo para mi tratamiento, según lo prescrito; (5) para que me remitan a un programa para pacientes de un tercero alternativo; (6) para proporcionarme información acerca de los productos de Relypsa, temas de salud y programas, y para que me pidan opinión; (7) para propósitos de evaluación comercial; y (8) para cumplir con la ley. Esto podría incluir la recepción e intercambio de información ocasional con Relypsa para propósitos de comercialización, y tengo la opción de autoexcluirme a continuación. Comprendo y acepto que Relypsa puede comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico, teléfono y/o mensajes de texto. Relypsa generalmente dejará mensajes de voz con información básica. Autorizo a Relypsa a dejarme mensajes de voz con información más detallada acerca del motivo de la llamada, que puede contener más información de salud.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y elegir no recibir información o servicios de Relypsa. Comprendo que mi tratamiento (incluido con un producto de Relypsa), el pago de mi tratamiento, la inscripción al seguro o la elegibilidad para los beneficios del seguro no están sujetos a mi aceptación de firmar esta Autorización. Puedo cancelar o modificar esta Autorización en cualquier momento escribiendo a Relypsa a la siguiente dirección: Relypsa, PO Box 43848, Louisville, KY, 40253. La cancelación de esta Autorización finalizará mi consentimiento con posterioridad a la fecha en la que Relypsa reciba mi carta, pero no afectará la información divulgada con anterioridad en virtud de esta Autorización.



Nombre del paciente o del representante legal del paciente
(en letra de imprenta)

Firma del paciente o del representante legal del paciente

Fecha

Describa la relación del representante con el paciente _____

Esta Autorización estará vigente por cinco (5) años a partir de la fecha de mi firma, a menos que la ley exija un período menor o que sea cancelada por escrito. Puedo recibir una copia de esta Autorización si la solicito. Certifico que toda la información proporcionada a Relypsa es completa y precisa a mi leal saber y entender.

Otras comunicaciones: La firma que aparece anteriormente otorga mi consentimiento para recibir información adicional sobre enfermedades y productos, y para que se comuniquen conmigo para conocer mis opiniones como parte de las comunicaciones de comercialización de Relypsa, que están separadas de VELTASSA Kōnnect. Puedo autoexcluirme de este tipo de utilización y/o divulgación de mi información de salud marcando la casilla que aparece a continuación o comunicándome con Relypsa.

No me proporcionen información adicional ni me pregunten mi opinión como parte de las comunicaciones de comercialización de Relypsa.

*Los productos gratis proporcionados en virtud de este programa no pueden ser presentados para su reembolso y deben ser utilizados según lo prescrito.

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE (PAP) DE VELTASSA Kōnnect SOLO PARA SOLICITANTES QUE NO ESTÁN ASEGURADOS Y QUE TIENEN UN SEGURO INSUFICIENTE

Ingresos familiares anuales antes de impuestos: _____ Cantidad de miembros de la familia que viven en el hogar: _____

Los solicitantes del Programa de Asistencia al Paciente (Patient Assistance Program, PAP) no asegurados y que tengan un seguro insuficiente deben presentar comprobantes de todas las fuentes de ingresos familiares al momento de la solicitud, incluida una copia de uno (1) de los siguientes documentos: declaración de impuestos federales más reciente, recibo de sueldo, declaración W-2, estado de cuenta u otra verificación de su fuente de ingresos. Esta información solo será utilizada para determinar su elegibilidad para el PAP. Si no tiene una de las fuentes mencionadas anteriormente, llame al 1-844-870-7597 para obtener más información. Avise rápidamente a Relypsa acerca de cualquier cambio en su estado de seguro o financiero en virtud del PAP.



A Vifor Pharma Company

PP-US-VEL-00428.

©2017 Relypsa, Inc. Todos los derechos reservados.

Los nombres de los productos, las marcas comerciales y las marcas de servicios son propiedad de Relypsa, Inc.

02/17

VELTASSA⁺KonnectSM