

Portada de referencia enviada por fax

P: +1-844-864-8437

F: +1-800-380-5294

unitedtherapeuticscares.com

Rellene la información siguiente y envíela por fax a United Therapeutics Cares

- ☒ Rellene todas las secciones del formulario de referencia para el producto de United Therapeutics recetado
- ☒ Incluya copias de sus tarjetas de asegurado, frente y dorso
- ☒ Anexe los documentos clínicos necesarios, incluyendo resultados de pruebas para el cateterismo cardíaco derecho, estudio de TC de alta resolución (HP-EPI solamente), ecocardiograma y antecedentes y estudios físicos
- ☒ Comparta el folleto de United Therapeutics Cares con su paciente, repase los servicios e infórmeles que un Navegador de Pacientes le llamará. Inscribirse en United Therapeutics Cares es opcional
- ☒ Envíe esta portada por fax junto con el formulario de referencia y la documentación clínica necesaria al 1-800-380-5294

A:	De:	Fecha:
Entidad:	Fax:	Teléfono:
Producto recetado: <input type="radio"/> Orenitram® (treprostinil) <input type="radio"/> Remodulin® (treprostinil) <input type="radio"/> TYVASO® (treprostinil) <input type="radio"/> TYVASO DPI® (treprostinil)		Páginas:
Farmacia Especializada preferida: <input type="radio"/> Accredo Health Group, Inc <input type="radio"/> CVS Specialty Pharmacy <i>Se usa si el pagador del paciente no exige que se use una farmacia especializada en particular</i>		
Asunto:		

Observaciones:

Importante: Esta transmisión contiene información confidencial que podría estar protegida por leyes estatales y federales. Esta transmisión está destinada para el uso exclusivo de United Therapeutics Corporation. Si usted no es el destinatario previsto de ésta, se le notifica por este medio que toda divulgación, disseminación, distribución o copia de esta información está terminantemente prohibida y podría resultar en acciones legales. Por favor, notifique al remitente por teléfono al número indicado arriba para informarles que esto le fue enviado por error y para hacer arreglos para la devolución o destrucción de esta información y de todas las copias de la misma en su posesión, y para evitar la recurrencia.

Formulario de inscripción y derivación de TYVASO® (treprostinil) y de TYVASO DPI® (treprostinil)

**Siga este procedimiento para recetar
TYVASO o TYVASO DPI a su paciente
e iniciar el apoyo de United
Therapeutics Cares.**

- ☒ Llene todas las secciones obligatorias
- ☒ Entregue copias de sus tarjetas de seguro (frente y dorso)
- ☒ Obtenga las firmas del paciente
- ☒ Envíe la derivación y la documentación por fax

***Campo obligatorio**

¿Quién es el paciente?

*Primer nombre, inicial 2 ^{do} nombre		*Apellido	
*Fecha de nac. (MM/DD/AAAA)	*Género: <input type="radio"/> Masc <input type="radio"/> Fem	*Correo electrónico	
*Domicilio	*Ciudad	*Estado	*Cód. post.
Dirección postal (si es diferente del domicilio)	Ciudad	Estado	Cód. post.
*Teléfono	<input type="radio"/> Personal <input type="radio"/> Oficina Hora para llamar <input type="radio"/> Mañana <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noche		
¿Está bien dejarle mensaje? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Primer idioma	
Nombre de cuidador/pariente		Correo electrónico de cuidador	
Teléfono de cuidador	<input type="radio"/> Personal <input type="radio"/> Oficina Hora para llamar <input type="radio"/> Mañana <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noche		
El paciente autoriza al cuidador para que reciba información en cuanto a su tratamiento y cuidados: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
*Estado terapéutico de paciente para TYVASO : <input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Reinicio <input type="radio"/> Transición			
*Estado terapéutico de paciente para TYVASO DPI : <input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Reinicio <input type="radio"/> Transición			

¿Quién emite la receta?

*Primer nombre	*Apellido		
*Oficina/Clínica/Institución	*N° de Licencia	*NPI	
*Dirección de oficina	*Ciudad	*Estado	*Cód. post.
*Contacto de oficina	*Teléfono		
Correo electrónico de oficina	*Fax		

¿Cuál es la aseguradora del paciente?

Aseguradora principal para recetas		
N° de ID del suscriptor	N° de grupo	Teléfono
Aseguradora médica principal		Titular de la póliza
N° de ID del suscriptor	N° de grupo	Teléfono

¿Cuál es su Farmacia Especializada preferida?

- ☐ Accredo Health Group, Inc. ☐ CVS Specialty Pharmacy

Llene esta página si el paciente es de HP-EPI

*Nombre de paciente:

*Fecha de nac.: (MM/DD/AAAA)

HP-EPI: ¿Cuáles son los antecedentes clínicos del paciente?

*Estatura *Peso ☐ kg ☐ lb *Grupo de WHO ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

*Alergias conocidas a fármacos ☐ Ninguna ☐ Sí, menciónelas:

*Códigos de diagnóstico de HP (escoja uno):

ICD-10 I27.23: ☐ Hipertensión pulmonar debida a enfermedades pulmonares e hipoxia ☐ Otro ICD-10:

*Códigos de diagnóstico de EPI (escoja uno):

IIP: ICD-10 J84.10: ☐ Fibrosis pulmonar no especificada ICD-10 J84.111: ☐ Neumonía intersticial idiopática NOS ICD-10 J84.112: ☐ Fibrosis pulmonar idiopática,
EIP relacionada con ETC: ICD-10 M34.81: ☐ Esclerosis sistémica con afección de pulmones
Enfermedad pulmonar relacionada con ambiente/ocupación: ICD-10 J61: ☐ Neumoconiosis debida al asbesto u otras fibras minerales
ICD-10 J67.9: ☐ Neumonitis por hipersensibilidad debida a un polvo no especificado
Otras causas: ICD-10 J17: ☐ Neumonía en una enfermedad clasificada de otra manera ☐ Otro ICD-10:

HP-EPI: ¿Cuál es la receta de TYVASO® o TYVASO DPI® que el paciente recibió?

Solución para inhalación (0,6 mg/mL) de TYVASO (treprostinil) en ampollas de 1,74 mg/2,9 mL

Dosis objetivo: ☐ 9 inhalaciones (54 mcg) a 12 inhalaciones (72 mcg), QID
☐ Otro mcg por sesión de tratamiento, QID

Inicie con 3 inhalaciones (18 mcg) QID (si no tolera 3 inhalaciones, usar 1 a 2 inhalaciones). Aumente la dosis por 1-3 inhalaciones por semana, según las tolere, hasta alcanzar la dosis de mantenimiento.

☐ Kit inicial del sistema de inhalación de TYVASO (suministro para 28 días) 0 resurtidos
☐ Kit de resurtido del sistema de inhalación de TYVASO (suministro para 28 días) X resurtidos

-O- Polvo para inhalación de TYVASO DPI (treprostinil)

Dosis objetivo: ☐ 48 mcg ☐ 64 mcg ☐ 80 mcg ☐ 96 mcg ☐ 112 mcg ☐ 128 mcg
☐ Otro mcg por sesión de tratamiento, QID

Empiece con una inhalación por cartucho (16 mcg), QID. Aumente la concentración del cartucho en 16 mcg cada 1-2 semanas según lo tolere hasta alcanzar la dosis de mantenimiento. El calendario de ajuste podrá variarse según la tolerabilidad. Si la dosis recetada es mayor que 80 mcg por sesión de tratamiento, se necesitará más de 1 cartucho por sesión.

Kit de ajuste de dosis de TYVASO DPI (suministro para 28 días) Elija para la fase de ajuste de dosis.

☐ 16 mcg (112 unidades),
32 mcg (112 unidades),
y 48 mcg (28 unidades)
1 resurtido









Kit de mantenimiento de TYVASO DPI (suministro para 28 días) X resurtidos

Marque todas las que correspondan para alcanzar la dosis de mantenimiento.

☐ 16 mcg (112 unidades), ☐ 32 mcg (112 unidades), ☐ 48 mcg (112 unidades),
☐ 64 mcg (112 unidades), ☐ 80 mcg (112 unidades),
☐ 96 mcg: 32 mcg (112 unidades) + 64 mcg (112 unidades),
☐ 112 mcg: 48 mcg (112 unidades) + 64 mcg (112 unidades)

Si su paciente es elegible para el Programa StartRx y es nuevo en el uso de prostaciclina inhalada, consulte los Términos y Condiciones en la página 6 para obtener más información sobre los kits disponibles.

Comparación de

Concentración del cartucho de TYVASO DPI	Nº de inhalaciones de nebulizador de TYVASO
 16 mcg	≤5
 32 mcg	6 a 7
 48 mcg	8 a 10
 64 mcg	11 a 13
 80 mcg	14 a 15
 96 mcg	~18*
 112 mcg	~21*
 128 mcg	~24*

*En función de extrapolar las dosis bajas y asumiendo linealidad

Especifique las indicaciones adicionales de dosificación, ajuste de dosis y/o manejo de efectos secundarios:

Escoja aquí:

Órdenes para enfermera visitante (marque una): RN valorará y brindará orientación sobre la administración, dosis, ajuste y gestión de efectos secundarios.

☐ Visita a domicilio por enfermera de Farmacia Especializada
☐ Visitas de enfermera titulada desde Farmacia Especializada solicitada por recetante:

Ubicación (marque una): ☐ Domicilio ☐ Clínica ambulatoria ☐ Hospital

Firma de médico recetante: Receta y declaración de necesidad médica

Certifico que el medicamento solicitado es médicamente necesario y que personalmente estoy supervisando la atención de este paciente. Autorizo a United Therapeutics Cares para que actúe en mi nombre para los fines limitados de transmitir esta receta a la farmacia designada por el paciente empleando su plan de prestaciones. LA FIRMA DEL MÉDICO ES OBLIGATORIA PARA VALIDAR LAS RECETAS. El recetante afirma que esta es su firma legal. No use sellos. Las recetas deberán enviarse por fax.

Firme aquí:

Firma del médico (surtirla tal como se ha escrito)

Firma del médico (se admiten sustituciones)

Fecha

DAW:

Lenguaje de selección de Surtirla tal como se ha escrito (DAW):

Nota: La responsabilidad de determinar la cobertura y los parámetros de reembolso y los códigos adecuados para un paciente y/o procedimiento particular es responsabilidad del proveedor. La información aquí proporcionada o a través de United Therapeutics Cares no es garantía de cobertura ni de reembolso.

Llene esta página si el paciente es de HAP

*Nombre de paciente:

*Fecha de nac.: (MM/DD/AAAA)

HAP: ¿Cuáles son los antecedentes clínicos del paciente?

*Estatura *Peso ☐ kg ☐ lb *Grupo de WHO *Categoría funcional NYHA ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

*Alergias conocidas a fármacos ☐ Ninguna ☐ Sí, menciónelas:

*Medicamentos específicos de HAP que el paciente está tomando o ha tomado:

*ICD-10 I27.0 Hipertensión pulmonar primaria: ☐ HAP idiopática ☐ HAP hereditaria ☐ Otro ICD-10

*ICD-10 I27.21 Hipertensión pulmonar secundaria: ☐ Enfermedad de tejido conectivo ☐ Enfermedad cardíaca congénita ☐ Inducida por drogas/toxinas ☐ VIH
☐ Hipertensión portal ☐ Otro:

Por favor indique si el paciente mencionado participó en un ensayo de un bloqueador de los canales de calcio antes del inicio de la terapia.

☐ No, motivo por el cual no se usó: ☐ Sí, con los resultados siguientes:

HAP: ¿Cuál es la receta de TYVASO® o TYVASO DPI® que el paciente recibió?

Solución para inhalación (0,6 mg/mL) de TYVASO (treprostinil) en ampollas de 1,74 mg/2,9 mL

Dosis objetivo: ☐ 9 inhalaciones (54 mcg) a 12 inhalaciones (72 mcg), QID
☐ Otro mcg por sesión de tratamiento, QID

Inicie con 3 inhalaciones (18 mcg) QID (si no tolera 3 inhalaciones, usar 1 a 2 inhalaciones). Aumente la dosis por 1-3 inhalaciones por semana, según las tolere, hasta alcanzar la dosis de mantenimiento.

☐ Kit inicial del sistema de inhalación de TYVASO (suministro para 28 días) 0 resurtidos
☐ Kit de resurtido del sistema de inhalación de TYVASO (suministro para 28 días) X resurtidos

-O- Polvo para inhalación de TYVASO DPI (treprostinil)

Dosis objetivo: ☐ 48 mcg ☐ 64 mcg ☐ 80 mcg ☐ 96 mcg ☐ 112 mcg ☐ 128 mcg
☐ Otro mcg por sesión de tratamiento, QID

Empiece con una inhalación por cartucho (16 mcg), QID. Aumente la concentración del cartucho en 16 mcg cada 1-2 semanas según lo tolere hasta alcanzar la dosis de mantenimiento. El calendario de ajuste podrá variarse según la tolerabilidad. Si la dosis recetada es mayor que 80 mcg por sesión de tratamiento, se necesitará más de 1 cartucho por sesión.

Kit de ajuste de dosis de TYVASO DPI (suministro para 28 días) Elija para la fase de ajuste de dosis.
☐ 16 mcg (112 unidades), 32 mcg (112 unidades), y 48 mcg (28 unidades) 1 resurtido









Kit de mantenimiento de TYVASO DPI (suministro para 28 días) X resurtidos

Marque todas las que correspondan para alcanzar la dosis de mantenimiento.

☐ 16 mcg (112 unidades), ☐ 32 mcg (112 unidades), ☐ 48 mcg (112 unidades),
☐ 64 mcg (112 unidades), ☐ 80 mcg (112 unidades),
☐ 96 mcg: 32 mcg (112 unidades) + 64 mcg (112 unidades),
☐ 112 mcg: 48 mcg (112 unidades) + 64 mcg (112 unidades)

Si su paciente es elegible para el Programa StartRx y es nuevo en el uso de prostacilinas inhaladas, consulte los Términos y Condiciones en la página 6 para obtener más información sobre los kits disponibles.

Comparación de dosis

Concentración del cartucho de TYVASO DPI	Nº de inhalaciones de nebulizador de TYVASO
 16 mcg	≤5
 32 mcg	6 a 7
 48 mcg	8 a 10
 64 mcg	11 a 13
 80 mcg	14 a 15
 96 mcg	~18*
 112 mcg	~21*
 128 mcg	~24*

*En función de extrapolar las dosis bajas y asumiendo linealidad

Especifique las indicaciones adicionales de dosificación, ajuste de dosis y/o manejo de efectos secundarios:

Escoja aquí:
Órdenes para RN (marque una): Enfermera titulada valorará y brindará orientación sobre la administración, dosis, ajuste y gestión de efectos secundarios.

☐ Visita a domicilio por enfermera de Farmacia Especializada
☐ Visitas de enfermera titulada desde Farmacia Especializada solicitada por recetante:

Ubicación (marque una): ☐ Domicilio ☐ Clínica ambulatoria ☐ Hospital

Firma de médico recetante: Receta y declaración de necesidad médica

Certifico que el medicamento solicitado es médicamente necesario y que personalmente estoy supervisando la atención de este paciente. Autorizo a United Therapeutics Cares para que actúe en mi nombre para los fines limitados de transmitir esta receta a la farmacia designada por el paciente empleando su plan de prestaciones. LA FIRMA DEL MÉDICO ES OBLIGATORIA PARA VALIDAR LAS RECETAS. El recetante afirma que esta es su firma legal. No use sellos. Las recetas deberán enviarse por fax.

Firme aquí:

Firma del médico (surtirla tal como se ha escrito)

Firma del médico (se admiten sustituciones)

Fecha

DAW:

Lenguaje de selección de Surtirla tal como se ha escrito (DAW):

Nota: La responsabilidad de determinar la cobertura y los parámetros de reembolso y los códigos adecuados para un paciente y/o procedimiento particular es responsabilidad del proveedor. La información aquí proporcionada o a través de United Therapeutics Cares no es garantía de cobertura ni de reembolso.

*Nombre de paciente:

*Fecha de nac.: (MM/DD/AAAA)

Solicite al paciente que llene y firme este formulario

Consentimiento para inscribirse en United Therapeutics Cares

Inscripción en United Therapeutics Cares Al entregar este formulario, estoy inscribiéndome en United Therapeutics Cares y autorizo a United Therapeutics Corporation, sus filiales, proveedores, agentes y representantes (en conjunto, "United Therapeutics") para que me presten servicios (los "Servicios"). Estos Servicios incluyen:

- ① **Apoyo para el acceso y asequibilidad:** United Therapeutics Cares ofrece apoyo para educar a pacientes y cuidadores sobre su cobertura de seguro, responder a preguntas relacionadas con el acceso y explicar las alternativas de elegibilidad e inscripción para ayuda financiera.
- ② **Educación sobre productos:** United Therapeutics Cares ofrece un punto de contacto dedicado que proporciona educación sobre enfermedades y productos a pacientes y sus cuidadores.
- ③ **Coordinación:** United Therapeutics Cares ofrece un punto de contacto dedicado que trabaja con pacientes y sus cuidadores, Farmacias Especializadas y proveedores de servicios de salud para ayudar a reducir los obstáculos no clínicos a la terapia, incluyendo triaje, coordinación de entregas y seguimiento de pacientes de manera continua luego al inicio de la terapia.
- ④ **Programa de Asistencia al Paciente:** United Therapeutics Cares ofrece un programa de medicamentos gratuitos para pacientes no asegurados o con seguro inadecuado que reúnen los requisitos de elegibilidad.

El consentimiento para inscribirse en los servicios no garantiza que se prestarán servicios. El paciente y el proveedor de servicios de salud reconocen que se podría requerir información adicional para evaluar la elegibilidad para servicios y prestarlos. No se requiere el consentimiento para entregar una receta y para que una farmacia especializada la procese.

Verificación de elegibilidad Si está inscribiéndose en el Programa de Asistencia al Paciente, autorizo a que United Therapeutics verifique mi elegibilidad, lo cual podría incluir contactarme o a mi proveedor de servicios de salud y examinar información adicional médica, financiera o de seguros. La elegibilidad se verificará periódicamente.

Marque
aquí:

- ☐ Con la marca en esta casilla, autorizo a United Therapeutics y a sus proveedores, de conformidad con la Ley de Informes de Crédito Justos, a que obtengan mi perfil de crédito y demás información relevante con el único propósito de determinar mi elegibilidad para el Programa de Asistencia al Paciente. Ante mi solicitud, United Therapeutics me informará si se solicitó un informe de consumidor y proporcionará los datos de contacto de la agencia. La inscripción y continuación están sujetos a la verificación oportuna de mis ingresos.

Condiciones de participación Si recibo medicamentos gratuitos a través del Programa de Asistencia al Paciente, no buscaré reembolsos de los programas de salud financiados por el gobierno (Medicare/Medicaid/Administración de Veteranos/Departamento de Defensa) ni presentaré los costos relacionados a ningún seguro médico, fundación, Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) o Cuenta de Ahorros de Salud (HSA). Notificaré a United Therapeutics Cares de todo cambio en mi estado de asegurado o financiero y certifico que toda la información que he proporcionado es completa y precisa. United Therapeutics Cares podría ser modificado o suspendido sin notificación.

Uso de información personal Al presentar este formulario, concedo mi consentimiento a la recolección, uso y divulgación de mi información personal de salud y de contacto para la prestación de servicios y otros propósitos comerciales, según se describe en la Declaración de Privacidad de United Therapeutics (unither.com/privacy). Dependiendo de mi ubicación, podré tener otros derechos en lo que respecta a mi información personal, incluyendo la solicitud de acceso a y de eliminación de información. Los residentes de California deberán consultar la Notificación de CCPA en la Declaración de Privacidad. Las solicitudes para ejercer esos derechos pueden presentarse llamando al 844-864-8437 o escribiendo a privacyoffice@unither.com.

Consentimiento de comunicaciones

Al marcar las casillas a continuación concedo mi consentimiento para recibir ciertas comunicaciones de United Therapeutics y de sus agentes (incluyendo a proveedores de servicios en su nombre) por correo postal, fax, correo electrónico, teléfono (incluso móviles) y mensajes de texto. Comprendo y reconozco que mi información personal, incluyendo la información de salud, podrá usarse o divulgarse como parte de las comunicaciones. Las comunicaciones que se transmitan por correo electrónico o mensajes de texto no encriptados a través de una red abierta podrían tener riesgos inherentes de seguridad, y no existe garantía alguna de confidencialidad de la información comunicada por esta vía.

Autorización para comunicaciones por texto

Marque
aquí:

- ☐ Concedo mi consentimiento para recibir mensajes de texto automatizados de United Therapeutics Cares en el número móvil que he proporcionado. Se podrían aplicar cargos por texto y datos. La frecuencia varía. Comprendo que no es necesario que conceda mi consentimiento para participar en United Therapeutics Cares ni tampoco comprar bienes o servicios. Puedo responder «HELP» para obtener ayuda y «STOP» para excluirme en cualquier momento. El procesamiento de la información está sujeto a la Declaración de Privacidad de United Therapeutics en unither.com/privacy, y a los Términos y condiciones de mensajes de texto dados en unither.com/textterms.

Comunicaciones con información de productos

Marque
aquí:

- ☐ Si se encuentra disponible para mi medicamento suministrado por United Therapeutics, concedo mi consentimiento para inscribirme y acceder a un portal seguro con recursos personalizados que incluyen sugerencias, mejores prácticas y material educativo para apoyar mi terapia y dispositivos relacionados. Además, consiento a recibir comunicaciones por correo postal o electrónico y teléfono (incluso móviles), incluyendo el uso de tecnologías automatizadas, al número y dirección que le he provisto a United Therapeutics sobre sus productos, programas, servicios, materiales de estado de enfermedades, materiales educativos y de adherencia, promociones, investigaciones y encuestas, y otras oportunidades de investigación. Comprendo que puedo actualizar mis preferencias y/o excluirme en cualquier momento. También sé que el procesamiento de mi información está sujeto a la Declaración de Privacidad de United Therapeutics dada en unither.com/privacy.

Información adicional Si tiene alguna pregunta, desea actualizar su información o suspender su inscripción, por favor llame al 844-864-8437 de lunes a viernes de 8:30 am a 7 pm ET, o escríbanos a P.O. Box 12015, Research Triangle Park, NC 27709.

Firma de consentimiento del paciente

Nombre de paciente
(letra de molde)

Fecha

Firme
aquí:

Firma del paciente
o representante

Relación del representante
con paciente

*Nombre de paciente:

*Fecha de nac.: (MM/DD/AAAA)

Pida al paciente que llene y firme (continuación)

Autorización para el uso compartido de información de salud

United Therapeutics Cares ofrece apoyo para pacientes, incluso programas educativos, gestión de casos y ayuda financiera a pacientes elegibles. Con mi firma a continuación autorizo a los proveedores de salud, seguros médicos y farmacias («Mis Proveedores de Salud») a que compartan con United Therapeutics y sus filiales y proveedores de bienes y servicios mi estado médico, recetas, tratamiento e información de seguro («Mi Información») para los fines siguientes:

- ① Revisar mi elegibilidad de beneficios para un producto de United Therapeutics.
- ② Obtener información de cobertura de seguros.
- ③ Acceder a información crediticia y de otro tipo para estimar mis ingresos, en su caso, para verificar elegibilidad para ayuda financiera.
- ④ Organizar programas de apoyo de United Therapeutics Cares.
- ⑤ Coordinar logística de tratamiento con Mis Proveedores de Salud.
- ⑥ Desidentificar Mi Información y combinarla con otros datos desidentificados con propósitos de investigación, procesamiento y mejoramiento de programas, y para publicaciones.
- ⑦ Comunicarse conmigo por teléfono texto o correo postal o electrónico sobre United Therapeutics Cares, medicamentos, productos o servicios.

Comprendo que una vez que se haya divulgado Mi Información a United Therapeutics, la misma podría ya no estar protegida por las leyes de privacidad federales y estatales, pero la misma solo será usada según lo descrito o según lo requiera la ley. Mi farmacia y aseguradoras podrían recibir compensación de United Therapeutics por compartir Mi Información para la organización de programas de apoyo. Reconozco que Mi Información está sujeta a la Declaración de Privacidad de United Therapeutics (unither.com/privacy). Negarme a firmar esta Autorización no impactará mi tratamiento, seguro o beneficios, pero sí impedirá que participe en los programas de apoyo de United Therapeutics. Puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento por medio de enviar una nota escrita a United Therapeutics Cares, P.O. Box 12015, Research Triangle Park, NC 27709 o por correo electrónico a opt-out@UnitedTherapeuticsCares.com. La cancelación no afecta las divulgaciones previas. Esta autorización se vence diez (10) años a partir de la fecha indicada a continuación a menos que se revoque anteriormente o que la ley imponga un período más corto. Se le proporcionará una copia de esta Autorización si la solicita.

Firma de consentimiento del paciente

Nombre de paciente
(letra de molde)

Fecha

Firma del paciente
o representante

Relación del representante
con paciente

**Firme
aquí:**

*Nombre de paciente:

*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Por favor, pídale al paciente que complete y firme (continuación)

Programa StartRx de United Therapeutics Cares

El programa StartRx de United Therapeutics Cares es un programa ofrecido por United Therapeutics Corporation (“United Therapeutics”) que proporciona un suministro limitado de TYVASO® (treprostinil) o TYVASO DPI® (treprostinil) a ciertos pacientes que experimentan un retraso en la determinación de la cobertura. La participación en el programa StartRx no está sujeta a ningún requisito de compra.

Usted puede ser elegible para participar en el programa StartRx de United Therapeutics Cares si cumple con ciertos requisitos de elegibilidad. Este consentimiento aplica si se determina que usted es elegible para participar en el programa StartRx.

La solicitud para participar en el programa StartRx no garantiza su aprobación para la participación.

Términos y condiciones del programa StartRx

- Usted puede ser elegible para participar en el programa StartRx de United Therapeutics Cares (el “Programa”) si cumple con ciertos requisitos de elegibilidad.
- Puede ser elegible para participar en el Programa si se ha inscrito y ha otorgado su consentimiento para participar en United Therapeutics Cares.
- Puede ser elegible para participar en el Programa si es un paciente que cumple con los criterios de uso aprobado (“on-label”) y se le ha recetado TYVASO o TYVASO DPI por primera vez.
- Puede ser elegible para participar en el Programa si experimenta un retraso en la determinación de la cobertura de al menos 5 días hábiles a partir de la fecha de presentación de la Autorización Previa.
- Si es elegible para participar en el Programa, los pacientes pueden darse de baja del mismo en cualquier momento.
- La solicitud para participar en el Programa no garantiza su aprobación para la participación.
- Si es nuevo en el uso de prostaciclina inhalada, será elegible para recibir el kit de mantenimiento de TYVASO DPI de 16 mcg o el kit de inicio para inhalación de TYVASO.
- Si es elegible para participar en el Programa, no debe solicitar el reembolso a su seguro por el medicamento que reciba sin costo. En particular, los pacientes de Medicare no deben solicitar el reembolso a su plan de la Parte D de Medicare ni intentar aplicar los costos del medicamento a sus gastos verdaderos de bolsillo (“TrOOP”, por sus siglas en inglés). Los planes de la Parte D de Medicare serán notificados sobre la participación del paciente en el Programa.
- Por favor comuníquese con nosotros de inmediato si se produce algún cambio en su cobertura de seguro o en su prescripción.
- United Therapeutics Corporation se reserva el derecho de modificar o cancelar este programa en cualquier momento sin previo aviso.
- El paciente debe residir en los Estados Unidos o en sus territorios y estar bajo el cuidado directo de un médico que ejerza la medicina y esté autorizado en dicha jurisdicción.
- El paciente debe recibir servicios de atención médica dentro de los Estados Unidos o sus territorios.

Por favor, confirme y reconozca lo siguiente:

- ☐ Autorización previa presentada el (opcional):
- ☐ Confirmando que toda la información proporcionada a United Therapeutics Cares es completa y precisa según mi leal saber y entender. Este consentimiento se aplica si se determina que soy elegible para participar en el programa StartRx y acepto cumplir con los términos del programa StartRx.

Firma de consentimiento del paciente

Nombre de paciente
(letra de molde)

Fecha

Firma del paciente o
representante

Relación del
representante con
paciente

Firma del prescriptor

Firma del médico (surtir tal como se ha escrito)

Firma del médico (se admiten sustituciones)

Fecha

Para el programa StartRx, su paciente debe inscribirse y dar su consentimiento a United Therapeutics Cares. Envíe este formulario de derivación por fax a United Therapeutics Cares si su paciente desea inscribirse en el programa StartRx.



Prepárese para nuestra llamada.

Le llamaremos para confirmar los detalles de su inscripción. Escanee para guardar nuestra información en sus contactos.