

FORMULARIO DE INICIO DEL PROGRAMA DE APOYO



Escanee con su dispositivo móvil para agregar la información de contacto de ForgingBridges

¿Tiene preguntas? Llame a ForgingBridges al **1-888-55-BRIDGE (1-888-552-7434)**
De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. ET
o visite [ForgingBridges.com](https://www.ForgingBridges.com)

INSTRUCCIONES PARA EL ENVÍO

Prescriptor

Las páginas 2 y 3 de este Formulario de inicio deben completarse y enviarse por fax al número que se indica a continuación. Se requiere la siguiente información para su presentación:

- Información demográfica del paciente
- Una copia de la tarjeta de seguro de su paciente
- Diagnóstico del paciente (código ICD-10-CM)
- Receta de Attruby[™]
- Firma del prescriptor

Una vez completado, envíe el formulario por fax al **1-877-738-0545**. ForgingBridges confirmará el recibo del formulario con su consultorio. Como alternativa, la receta electrónica puede enviarse a la **farmacia especializada de RareMed (NPI: 1043877996)**.

Nota: Si su paciente no está presente, el formulario puede enviarse sin su consentimiento y firma. ForgingBridges se pondrá en contacto con el paciente para obtener esta información.

Paciente

El paciente debe elegir una de las siguientes opciones de dar su consentimiento para la inscripción:

Complete la sección Consentimiento y autorización del paciente y firme en la página 2 de este Formulario

O

Complete electrónicamente el Consentimiento y Autorización del Paciente en [ForgingBridges.iassist.com/patient](https://www.ForgingBridges.iassist.com/patient) o haciendo clic/escaneando el siguiente código QR



Nota: Se requiere la firma del consentimiento y la autorización del paciente para inscribirse en el Programa de Apoyo de ForgingBridges, pero se puede obtener después de enviar el formulario.

ICD-10-CM=Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión, Modificación Clínica; NPI=Identificador Nacional de Proveedor.

Haga [clic aquí](#) para consultar los Términos y Condiciones del Programa de Apoyo de ForgingBridges. Consulte la Información de Prescripción completa de Attruby en [Attruby.com/PI](https://www.Attruby.com/PI).

Envíe las páginas 2 y 3 por fax al 1-877-738-0545

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: Hombre Mujer

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Celular: _____ Teléfono alternativo: _____

Email: _____

Nombre del contacto alternativo o cuidador: _____ Tel.: _____

Relación con el paciente: _____

Seguro del paciente: Sin seguro Se adjunta copia del seguro o de la(s) tarjeta(s) de receta

Al enviar este formulario, incluya una copia del anverso y el reverso de la(s) tarjeta(s) de seguro del paciente, según corresponda.

Copia de la información del paciente adjunta (opcional).

Si esta casilla está marcada, pídale al paciente que revise, firme y feche la sección "Consentimiento y autorización del paciente" que aparece a continuación antes de completar la página 3.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Consentimiento del paciente para participar en el Programa de Apoyo de ForgingBridges

Al firmar a continuación, certifico que he leído el consentimiento del Programa de Apoyo de ForgingBridges en la página 4 y los [términos y condiciones](#) y doy mi consentimiento expresamente para recibir mensajes de texto sobre actualizaciones relacionadas con la inscripción y alertas de ForgingBridges al número de teléfono celular que proporcioné anteriormente en este formulario, y acepto notificar de inmediato a ForgingBridges si mi número cambia. Entiendo que la frecuencia de los mensajes varía según el usuario, y que pueden aplicarse tarifas por mensajes de texto y datos por parte de mi proveedor de servicio telefónico. Entiendo que en cualquier momento puedo optar por no recibir futuros mensajes de texto enviando STOP al 1-888-552-7434 desde mi teléfono celular, o enviando HELP si necesito ayuda adicional. Si no está firmado abajo, entiendo que no recibiré mensajes de texto. Los términos completos y nuestra política de privacidad también se pueden encontrar en ForgingBridges.com. Si solicito el Programa de Ayuda al Paciente (PAP) de ForgingBridges, también entiendo y concedo permiso a Experian para proporcionarle a ForgingBridges información de mi perfil de crédito/consumidor con el único propósito de determinar si mis ingresos cumplen con los requisitos de elegibilidad del PAP.

Autorización del paciente para compartir Información médica protegida (PHI)

Al firmar a continuación, certifico que he leído la Autorización para compartir la PHI en la página 4, y autorizo la divulgación de mi información a BridgeBio tal cual se indica.

FIRMAR

Firma del paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Si está firmado por un representante autorizado del paciente:

Nombre del representante autorizado del paciente: _____

Firma del representante autorizado del paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Consentimiento de marketing (opcional)

Al marcar esta casilla, además otorgo mi autorización para que BridgeBio use mi Información médica protegida (PHI) para comunicarse conmigo sobre los beneficios de los productos y servicios de BridgeBio, tal cual se indica en la autorización del paciente para compartir y usar la PHI de este formulario. Doy mi consentimiento específicamente para recibir mensajes de texto de marketing con marcación automática de BridgeBio y sus proveedores de servicios en relación con los productos y servicios de BridgeBio al número de teléfono celular proporcionado en este formulario. Entiendo que proporcionar este consentimiento no es obligatorio ni una condición para la compra de cualquier producto o servicio. Entiendo que en cualquier momento puedo optar por no participar.

Haga [clic aquí](#) para consultar los Términos y Condiciones del Programa de Apoyo de ForgingBridges. Consulte la Información de Prescripción completa de Attruby en Attruby.com/PI.

Envíe las páginas 2 y 3 por fax al 1-877-738-0545

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: ____/____/____

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Nombre del prescriptor: _____ Título del prescriptor: _____ Teléfono del prescriptor: _____ N.º NPI del prescriptor: _____
 Nombre del centro: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Nombre del contacto en la oficina: _____ Tel.: _____ Email: _____ Fax: _____

INFORMACIÓN CLÍNICA Y DE LA FARMACIA

Método de dispensación (seleccione uno): Farmacia especializada Farmacia especializada institucional/hospitalaria

Farmacia especializada preferida (si corresponde): Orsini PANTHERx Rare Sin preferencia

Nombre de la farmacia especializada institucional/hospitalaria (si corresponde): _____ Tel.: _____

Primera vez con Attruby™
 Tratamiento actual o previo: Tafamidis Dosis: _____ Duración: _____
 Tafamidis meglumina Dosis: _____ Duración: _____
 Otro: _____ Dosis: _____ Duración: _____
 Ninguna

Código de diagnóstico ICD-10-CM (seleccione uno)*:

- E85.4: Amiloidosis limitada a órganos
- E85.82: Amiloidosis por transtiretina (ATTR) sin mutaciones
- E85.9: Amiloidosis, no especificada
- Otro: _____

Alergias a medicamentos:

- Alergias conocidas a medicamentos: _____
- Ninguna alergia conocida

INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN

Receta de Attruby

Nombre del fármaco	Instrucciones de dosificación	Cantidad	Renovaciones
<input type="checkbox"/> Comprimidos de Attruby 356 mg NDC: 82228-712-28	Tome 2 comprimidos por vía oral dos veces al día	Dispensar suministro para 28 días	<input type="checkbox"/> 1 año <input type="checkbox"/> Otro: _____ renovaciones

El Programa de prueba gratuita está disponible para pacientes con cualquier tipo de seguro que estén tomando Attruby por primera vez.

Receta de prueba gratuita de Attruby

Nombre del fármaco	Instrucciones de dosificación	Cantidad	Renovaciones
<input type="checkbox"/> Comprimidos de Attruby 356 mg NDC: 82228-712-28	Tome 2 comprimidos por vía oral dos veces al día	Dispensar suministro para 28 días	0 renovaciones

Firma autógrafa obligatoria. Si no se puede obtener la firma autógrafa, se puede enviar la receta electrónica a la farmacia especializada de RareMed (NPI: 1043877996).

Firma del prescriptor (elija uno):

Dispensar como está escrito¹ Fecha: ____/____/____ Sustitución permitida¹ Fecha: ____/____/____

Cualquier instrucción especial: _____

*Los códigos ICD-10 de ejemplo no sugieren aprobación, cobertura o reembolso para usos o indicaciones específicas.

¹Ciertos estados exigen que el prescriptor escriba a mano "marca necesaria" o "marca médicamente necesaria" en "Cualquier instrucción especial", si ha hecho esta determinación a su juicio clínico independiente. El prescriptor debe cumplir con los requisitos específicos de su estado para la emisión de recetas. El incumplimiento de estos podría requerir entrar en contacto con el prescriptor.

¹Utilice el espacio en "Cualquier instrucción especial" para incluir las sustituciones autorizadas.

Certificación del prescriptor: Mi firma certifica que la persona nombrada en este formulario es mi paciente, que la información que he proporcionado en el formulario, a mi leal saber y entender, es completa y exacta, y que el tratamiento con Attruby es médicamente necesario para mi paciente. Certifico que he obtenido la autorización por escrito de mi paciente, de acuerdo con todas las leyes estatales y federales aplicables, para compartir con ForgingBridges la información médica individualmente identificable del paciente incluida en este formulario y que dicha autorización le permite a ForgingBridges comunicarse con el paciente y utilizar la información médica individualmente identificable del paciente para (i) verificar la cobertura de seguro de mi paciente (incluso compartiendo la información con el plan de seguro del paciente); (ii) determinar la elegibilidad de mi paciente para los beneficios de ForgingBridges; y (iii) coordinar los programas de ForgingBridges para el beneficio de mi paciente. Para las recetas de la farmacia especializada, autorizo a ForgingBridges a enviar la receta anterior a la farmacia especializada apropiada para mi paciente. Entiendo que no tengo ninguna obligación de recetar ningún producto de BridgeBio, y certifico que no he recibido ni recibiré ningún beneficio de BridgeBio por hacerlo. Entiendo que completar este formulario de inscripción no garantiza que se brinde asistencia a mi paciente. No buscaré reembolso por ningún medicamento dispensado en virtud del programa de ForgingBridges de ningún tercero pagador, paciente u otra persona o entidad. Cualquier medicamento que reciba en nombre de mi paciente de ForgingBridges se protegerá y almacenará de manera adecuada hasta que sea dispensado sin cargo solo al paciente mencionado anteriormente, y no revenderá ni ofrecerá para la venta, el comercio o el intercambio y no se devolverá para recibir un crédito. Acepto cumplir y acatar todas las leyes estatales de dispensación de profesionales médicos aplicables para los médicos autorizados. Certifico que no estoy en la lista de individuos excluidos de HHS/OIG. Entiendo que BridgeBio se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar el programa y de interrumpir el apoyo en cualquier momento sin previo aviso.

Nota especial: Si usted es un prescriptor de Nueva York, utilice un formulario de receta original del estado de Nueva York. El prescriptor debe cumplir con los requisitos específicos de su estado para la emisión de recetas. HHS=Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos; OIG=Oficina del Inspector General.

Haga [clic aquí](#) para consultar los Términos y Condiciones del Programa de Apoyo de ForgingBridges. Consulte la Información de Prescripción completa de Attruby en Attruby.com/PI.

Puede imprimir y conservar una copia de esta página para sus registros.

Consentimiento del paciente para el Programa de Apoyo de ForgingBridges

Lea atentamente el siguiente consentimiento y, si está de acuerdo, firme y feche donde se indica en la sección Consentimiento y autorización del paciente en la página 2.

Al firmar en la página 2, acepto los [términos y condiciones](#) para mi inscripción en el Programa de Apoyo de ForgingBridges (el "Programa"). Autorizo a BridgeBio Pharma Inc. ("BridgeBio"), el patrocinador del Programa, y sus filiales, socios comerciales, proveedores y otros agentes a proporcionarme servicios para los cuales soy elegible en virtud del Programa. Esto puede incluir comunicaciones y apoyo sobre el medicamento y adherencia, apoyo para el cumplimiento y dispensación del medicamento, cobertura de seguro y apoyo financiero, educación sobre la enfermedad y el medicamento, y otros servicios de apoyo ofrecidos ahora o en el futuro. Como parte de las ofertas del Programa, acepto los términos de inscripción en el Programa de Asistencia con el Copago si soy elegible. Si estoy aplicando al Programa de Ayuda al Paciente, autorizo al Programa a obtener un informe sobre mis ingresos individuales de las agencias de informes del consumidor y a usar la información proporcionada por mí como fuente para verificar la información en este formulario y determinar si soy elegible para recibir medicamentos gratuitos. Entiendo que, a petición mía, el Programa me proporcionará el nombre y la dirección de la agencia de informes del consumidor que entrega dicho informe del consumidor. Autorizo a BridgeBio a ponerse en contacto conmigo por correo, teléfono, correo electrónico, y si otorgo mi consentimiento en la página 2, también por mensaje de texto con respecto a: i) servicios del Programa; ii) información sobre los productos de BridgeBio; iii) promociones; iv) estudios de investigación; v) mi opinión sobre dicha información y temas; vi) investigación de mercado; y vii) encuestas relacionadas con la enfermedad. Además, autorizo a BridgeBio a anonimizar mi información y utilizarla en la realización de investigaciones, educación, análisis de negocios y estudios de marketing o para otros fines comerciales. Entiendo que no tengo que inscribirme en el Programa, y todavía puedo recibir mi medicamento según lo recetado por mi médico. En cualquier momento puedo renunciar a los servicios individuales ofrecidos por el Programa o abandonar completamente el Programa notificando a un representante del Programa a través del 1-888-55-BRIDGE (1-888-552-7434) o escribiendo a ForgingBridges a PO Box 15600, Pittsburgh, PA 15244. Entiendo que BridgeBio puede cambiar o interrumpir el Programa por completo o parcialmente en cualquier momento.

Autorización a ForgingBridges para compartir información médica protegida (PHI)

Lea atentamente la siguiente autorización y, si está de acuerdo, firme y feche donde se indica en la sección Consentimiento y autorización del paciente en la página 2.

Al firmar la sección Autorización del paciente en la página 2 de este formulario, autorizo a mis proveedores y personal de atención médica, mis farmacias y mis aseguradoras de salud a compartir con BridgeBio Pharma Inc. y sus filiales, socios comerciales, proveedores y otros agentes involucrados en el Programa de Apoyo de ForgingBridges (el "Programa") información identificable para mí, incluyendo (i) mi información de contacto; (ii) mi información de salud, como información sobre mi afección médica y tratamiento; (iii) reclamaciones de seguro médico y cobertura; y (iv) la información sobre la dispensación de medicamentos con receta (en conjunto, mi "Información"), para facilitar mi recepción de los beneficios del Programa. Además, autorizo al Programa a usar mi Información y a analizarla con mis proveedores de atención médica y aseguradoras, según sea necesario para inscribirme en programas de apoyo, proporcionar servicios y llevar a cabo las actividades de garantía de calidad y otras tareas administrativas, y para contactarme por correo postal, teléfono, correo electrónico, y si otorgo mi consentimiento en la página 2, también por mensaje de texto, con respecto a: i) servicios del Programa; ii) información sobre los productos de BridgeBio; iii) promociones; iv) estudios de investigación; v) mi opinión sobre dicha información y temas; vi) investigación de mercado; y vii) encuestas relacionadas con la enfermedad. Además, autorizo a BridgeBio a anonimizar mi información y utilizarla en la realización de investigaciones, educación, análisis de negocios y estudios de marketing o para otros fines comerciales.

Entiendo que, una vez que mi Información haya sido divulgada al Programa, ciertas leyes federales de privacidad pudieran ya no proteger la Información de que se continúe divulgando. Sin embargo, también entiendo que BridgeBio tiene la intención de usar y divulgar mi Información solo para los fines a los que se hace referencia en esta autorización o según lo requiera o permita la ley. Entiendo que la farmacia que dispensa mi medicamento puede recibir el pago de BridgeBio a cambio de mi información o por proporcionarme servicios de apoyo en relación con el Programa. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener tratamiento médico de mis proveedores de atención médica, para ser elegible para recibir beneficios del seguro médico, o para obtener los medicamentos de BridgeBio. Sin embargo, si no firmo esta autorización, entiendo que no podré participar en el Programa. Entiendo que esta autorización expira 10 años a partir de la fecha de la firma a continuación, o antes según lo requiera la ley estatal o local, y hasta que yo cancele esta autorización antes de ese momento. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento llamando al 1-888-55-BRIDGE (1-888-552-7434) o escribiendo a ForgingBridges a PO Box 15600, Pittsburgh, PA 15244. Entiendo que la cancelación de esta autorización no invalidará ningún uso y divulgación de mi información realizada en virtud de la autorización antes de que ForgingBridges reciba la cancelación. Comprendo que puedo solicitar una copia firmada de esta autorización.

Haga [clic aquí](#) para consultar los Términos y Condiciones del Programa de Apoyo de ForgingBridges. Consulte la Información de Prescripción completa de Attruby en [Attruby.com/PI](https://attruby.com/PI).