



Nota: Si no se completa la autorización y consentimiento, el paciente no tendrá acceso a los programas y servicios de apoyo de Verona Pathway Plus hasta que se haya recibido.

◀ ESCANEE PARA COMPLETAR ELECTRÓNICAMENTE

Nombre del paciente: _____ Fec. nac.: ____/____/____ Núm. de teléfono celular del paciente: _____

Representante autorizado: _____ Teléfono del representante autorizado: _____

Formulario de autorización de servicios al paciente y consentimiento de divulgación de información médica

Al firmar este formulario de autorización y consentimiento de divulgación de información médica ("autorización"), autorizo a mi proveedor de atención médica, mi compañía de seguro médico y mis proveedores farmacéuticos ("entidades de atención médica") y a cada uno de sus respectivos representantes, empleados y agentes (colectivamente "proveedores") a divulgar información relacionada con mis beneficios de seguro, mi afección médica, mi tratamiento y mis datos de prescripción (información médica protegida o "PHI", por sus siglas en inglés) a Verona Pharma, Inc. ("Verona Pharma"), Verona Pathway Plus, sus proveedores de servicios y filiales (colectivamente "Verona Pathway Plus") para (i) brindarme servicios de apoyo e información y materiales relacionados sobre cualquiera de los productos de Verona Pharma, incluidos, entre otros, verificación de beneficios, cobertura y educación sobre seguros, servicios de asistencia financiera, servicios de cumplimiento de medicación; (ii) realizar análisis de datos, estudios de mercado y otras actividades comerciales internas, incluida, entre otras, la evaluación de los servicios prestados; (iii) inscribirme en el programa de copago de Verona Pathway Plus si cumplo los requisitos; entiendo que la información de la tarjeta de copago se enviará a mi farmacia especializada junto con mi receta. Comprendo que cualquier asistencia con mis gastos compartidos o copagos de Ohtuvayre™ (ensifentrina) se realizará de acuerdo con los términos y condiciones del programa. A efectos de aclaración, "Verona Pharma" incluye, entre otros, a los agentes externos autorizados que participan en la administración de Verona Pathway Plus. Comprendo que Verona Pathway Plus puede contactarme en caso de que notifique un evento adverso. Una vez que se haya compartido mi información médica con Verona Pharma, comprendo que esta se puede volver a compartir y que las leyes federales de privacidad ya no la protegerán. No obstante, Verona Pharma se compromete a proteger mi información médica al utilizarla y compartirla únicamente para los fines autorizados en esta autorización o según lo exijan las leyes o reglamentos. Comprendo que mi proveedor farmacéutico especializado podría recibir una remuneración de Verona Pharma a cambio de la información médica o por cualquier servicio de apoyo que se me preste. Comprendo que no tengo la obligación de firmar esta autorización y que mis entidades de atención médica no condicionarán mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios en función de si firmo o no esta autorización. Esta autorización vencerá en cinco años o en un plazo menor si así lo exige la ley estatal, a menos que yo la revoque antes dirigiéndome por escrito a 610 Crescent Executive Court, Suite 200 Lake Mary, FL 32746. Comprendo que si revoco mi autorización, terminará mi participación en Verona Pathway Plus, pero no afectará a ningún otro uso de mi información que haya tenido lugar antes de que se procesara mi solicitud. Tengo derecho a obtener una copia de esta autorización firmada. También comprendo que al indicar más arriba a un representante autorizado, estoy autorizando que se comparta mi información médica con este representante y que Verona Pathway Plus, las entidades de atención médica y los proveedores lo contacten en relación con mi medicación y prescripción de Verona Pharma.

Programa de asistencia al paciente

Autorizo que Verona Pathway Plus verifique mi elegibilidad para participar en el programa de asistencia al paciente (PAP), y entiendo que dicha verificación podría implicar contactarme a mí o a mi proveedor de atención médica para obtener información adicional o revisar información médica, financiera, o de seguro adicional. Comprendo que, si lo solicito, Verona Pathway Plus me dirá si se ha solicitado un informe de consumidor individual, así como el nombre y la dirección de la agencia que lo proporcionó. Además, comprendo y autorizo a Verona Pathway Plus a utilizar cualquier informe de consumidor y la información recopilada sobre mí, junto con otra información que obtenga de fuentes públicas y otras fuentes, para estimar mis ingresos junto con el proceso de determinación de elegibilidad del PAP, si corresponde. Además, comprendo que no se podrá solicitar el reembolso de ningún producto gratuito a ningún pagador, incluidos Medicare y Medicaid, ni se tendrá en cuenta para ningún desembolso real (true-out-of-pocket, TrOOP), si corresponde; y que ningún producto gratuito se podrá vender, intercambiar ni distribuir para la venta. Asimismo, comprendo que debo informar al PAP si mi situación económica, mi seguro o cualquier otro criterio de elegibilidad cambia. Comprendo que Verona Pharma no tiene ninguna obligación de prestarme servicios del PAP y no es responsable de la prestación de dichos servicios. Verona Pharma se reserva el derecho a modificar o cambiar los criterios de elegibilidad o a suspender el programa Verona Pathway Plus en cualquier momento y sin previo aviso.

Autorizo a Verona Pathway Plus conforme a la Ley de Informes de Crédito Justos a utilizar mi información demográfica para acceder a informes sobre mi historial crediticio individual de parte de agencias verificadoras de crédito para consumidores y verificar mi elegibilidad para el programa.

Mensajes de Verona Pathway Plus

Si no estoy disponible cuando Verona Pathway Plus se ponga en contacto conmigo, autorizo las siguientes opciones para recibir un mensaje detallado.

Cualquiera Teléfono Mensaje de texto (*Debe estar indicado su número de teléfono celular más arriba*)

* *Comprendo que se dejará un mensaje de voz poco detallado si no hago una selección*

Otros recursos

Al marcar la casilla de abajo, autorizo a Verona Pharma y a sus filiales a ponerse en contacto conmigo por correo postal, correo electrónico, fax, mensajes de texto o teléfono en relación con otros recursos útiles, servicios, posibles estudios de mercado y otros temas de interés relacionados. Comprendo que no estoy obligado a otorgar este consentimiento como condición para recibir cualquier medicación o servicios de apoyo al paciente de Verona Pharma. Verona Pharma no venderá ni intercambiará mis datos personales con terceros no relacionados.

Todos los términos y condiciones pueden encontrarse en www.veronapharma.com/terms-and-conditions y nuestra política de privacidad en www.veronapharma.com/privacy-policy.

Doy mi consentimiento para recibir otros recursos enumerados anteriormente.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído y comprendido el formulario de autorización de servicios al paciente y consentimiento de divulgación de información médica, y que estoy de acuerdo con los términos.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

• **Complete todo el formulario y envíelo por fax al (833) 392-8999**

- Si tiene alguna pregunta, llame a Verona Pathway Plus al (833) 372-8492
- Si prefiere descargar un formulario de prescripción que puede completarse, visite www.ohtuvayrehcp.com

Sección 1: Farmacia especializada preferida

- Sin preferencia Farmacia especializada Acaria Farmacia especializada CVS
 Farmacia especializada Centerwell Farmacia especializada DirectRx

Sección 2: Información del paciente (obligatorio)

¿El paciente está ingresado actualmente en un centro de atención de larga duración? Sí No Nombre de la institución: _____
Primer nombre: _____ Apellido: _____ Número de seguro social [SSN, por sus siglas en inglés]: _____
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Género asignado al nacer: Masculino Femenino
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C. P.: _____
Teléfono preferido: _____ Teléfono secundario: _____
Correo electrónico: _____
Contacto alternativo: _____ Teléfono del contacto alternativo: _____

Sección 3: Información sobre el seguro del paciente (complete a continuación o presente una copia del anverso y reverso de la tarjeta del seguro del paciente)

- Medicare Comercial Medicaid No asegurado

Seguro médico	Seguro primario (obligatorio)	Seguro secundario o complementario
Nombre del pagador	_____	_____
Núm. de id. del suscriptor	_____	_____
Titular de la póliza	_____	_____
Núm. de grupo	_____	_____
Núm. de teléfono del pagador	_____	_____
Plan de medicamentos de prescripción		
Nombre del pagador	_____	_____
Núm. de id. del suscriptor	_____	_____
Núm. de grupo RX	_____	_____
Núm. de RX BIN	_____	_____
Núm. de RX PCN	_____	_____

Sección 4: Antecedentes clínicos (Incluya notas de la última consulta clínica del paciente junto con el formulario de prescripción; obligatorio para todos los pacientes de Medicare)

Código/s de diagnóstico/s CIE-10 (obligatorio): _____

*Los códigos CIE-10 de la EPOC van por lo general de J41 a J44.9. Es posible que correspondan otros códigos.

Alergias a medicamentos conocidas: _____

¿El paciente tiene un flujo inspiratorio insuficiente para el uso de inhaladores? Sí No

Medicamentos para el mantenimiento de la EPOC actuales o que se probaron y no dieron resultado:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> LABA | <input type="checkbox"/> Productos actuales | <input type="checkbox"/> que se probaron y no dieron resultado: _____ |
| <input type="checkbox"/> LAMA | <input type="checkbox"/> Productos actuales | <input type="checkbox"/> que se probaron y no dieron resultado: _____ |
| <input type="checkbox"/> LAMA+LABA | <input type="checkbox"/> Productos actuales | <input type="checkbox"/> que se probaron y no dieron resultado: _____ |
| <input type="checkbox"/> LABA+ICS | <input type="checkbox"/> Productos actuales | <input type="checkbox"/> que se probaron y no dieron resultado: _____ |
| <input type="checkbox"/> LAMA+ICS | <input type="checkbox"/> Productos actuales | <input type="checkbox"/> que se probaron y no dieron resultado: _____ |
| <input type="checkbox"/> LAMA+LABA+ICS | <input type="checkbox"/> Productos actuales | <input type="checkbox"/> que se probaron y no dieron resultado: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Productos actuales | <input type="checkbox"/> que se probaron y no dieron resultado: _____ |

¿Es la primera vez que al paciente le prescriben un nebulizador y medicamentos nebulizados? Sí No

- En caso negativo, ¿el paciente dispone de un nebulizador neumático, o jet, estándar? Sí No
- Si el paciente tiene un nebulizador neumático estándar, indique fecha aproximada en que el paciente lo recibió: _____

Otros datos de importancia clínica: _____

- **Complete todo el formulario y envíelo por fax al (833) 392-8999**
- Si tiene alguna pregunta, llame a Verona Pathway Plus al (833) 372-8492
- Si prefiere descargar un formulario de prescripción que puede completarse, visite www.ohtuvayrehcp.com

Nombre del paciente: _____ F. nac.: ____/____/____ Dirección: _____

Sección 5: Información del prescriptor (obligatorio)

Nombre del prescriptor: _____ NPI: _____ PTAN: _____
Nombre de la clínica: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
Dirección de la clínica: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C. P.: _____
Contacto del consultorio: _____ Correo electrónico del consultorio: _____

Sección 6: Prescripción (obligatorio)

Prescripción de Ohtuvayre

Incluye un paquete de bienvenida si corresponde

Rx: Ohtuvayre (ensifentrina) en suspensión para inhalación: 3 mg de ensifentrina por cada 2.5 ml de suspensión acuosa en ampolla de dosis única. Uso solamente mediante inhalación oral.

Instrucciones: 3 mg (una ampolla de dosis única) dos veces al día, una por la mañana y otra por la noche, administrados por inhalación oral mediante un nebulizador neumático estándar con boquilla.
 Otro: _____

Cantidad: 60 ampollas (por caja); suministro para 30 días ____ recargas
 Otro: ____ ampollas; suministro para 30 días ____ recargas

Prescripción de nebulizador neumático estándar

Las recargas duran 12 meses, a menos que se indique lo contrario.

Recarga: ____

- Nebulizador neumático estándar y equipo de administración
- E0570 - Compresor
 - A7005 - Equipo de administración (uno cada seis meses)
- Equipo de administración SOLAMENTE
- A7005 - Equipo de administración (uno cada seis meses)

Prescripción del programa de transición (Bridge Program, en inglés) de Ohtuvayre

Incluye un paquete de bienvenida si corresponde
(disponible para los pacientes que reúnan los requisitos durante el periodo de demora de la cobertura)

Incribir a mi paciente si reúne los requisitos

Rx: Ohtuvayre (ensifentrina) en suspensión para inhalación: 3 mg de ensifentrina por cada 2.5 ml de suspensión acuosa en ampolla de dosis única. Uso solamente mediante inhalación oral.

Instrucciones: 3 mg (una ampolla de dosis única) dos veces al día, una por la mañana y otra por la noche, administrados por inhalación oral mediante un nebulizador neumático estándar con boquilla.

Cantidad: 60 ampollas (por caja); suministro para 30 días con hasta una recarga

Rx: E0570 - Compresor neumático estándar; recargas 0

Rx: A7005 - Equipo de administración; recargas 0

Certificación y firma del prescriptor (obligatorio):

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información facilitada en el formulario es completa y precisa. He prescrito Ohtuvayre según mi criterio de necesidad médica. Entiendo que la información de mi paciente se facilita a Verona Pharma, Verona Pathway Plus y sus filiales, y que solo se utilizará para verificar la cobertura del seguro de mi paciente, facilitar el suministro de su prescripción, evaluar —si corresponde— la elegibilidad de mis pacientes para recibir asistencia al paciente y otros programas de ayuda. Certifico que he obtenido la autorización por escrito de mis pacientes de acuerdo con la legislación estatal y federal correspondiente, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 y sus reglamentos de aplicación, para proporcionar la información médica individual e identificable de este formulario a filiales y proveedores de servicios de Verona Pharma y Verona Pathway Plus para la determinación de elegibilidad, la autorización de cobertura, la coordinación y la dispensación de ensifentrina y equipos médicos duraderos necesarios prescritos en el formulario anterior. Autorizo a Verona Pathway Plus a llevar a cabo una investigación de beneficios para mi paciente y a actuar en mi nombre con el propósito limitado de transmitir esta prescripción a la farmacia apropiada designada por el paciente según su plan de beneficios, si se proporciona una, o a transmitir esta prescripción a una farmacia de la red. Comprendo que cualquier producto gratuito distribuido a través del programa de transición o del programa de asistencia al paciente (PAP) no está supeditado a ninguna obligación de compra. También comprendo que no se podrá solicitar el reembolso de ningún producto gratuito a ningún pagador, incluidos Medicare y Medicaid, y que ningún producto gratuito se podrá vender, intercambiar ni distribuir para la venta. Autorizo a Verona Pathway Plus para que envíe esta prescripción a la farmacia que dispense el producto de BridgeRx y PAP al paciente aquí mencionado si este reúne los requisitos. Acepto que Verona Pathway Plus pueda ponerse en contacto conmigo para obtener información adicional relacionada con Ohtuvayre y el equipo médico duradero necesario, incluidos, entre otros, por correo electrónico, fax y teléfono. Entiendo que Verona Pathway Plus podría revisar, cambiar o suspender cualquier servicio del programa en cualquier momento sin avisarme.

Firma del prescriptor: _____ Dispensar según lo escrito Fecha: _____

CA, MA, NC: El intercambio es obligatorio a menos que el prescriptor escriba "sin sustitución". _____

Prescriptores de NY: Deben prescribir electrónicamente directamente con la **farmacia dispensadora** que figure en la inscripción o adjuntar una prescripción aparte en un **talonario de prescripciones del estado de Nueva York**, de conformidad con la ley de farmacias de Nueva York.

Atn.: Cuando la ley exija que el prescriptor cumpla los requisitos de prescripción específicos del estado, como la prescripción electrónica. El incumplimiento de los requisitos estatales específicos podría hacer necesario que se contacte al prescriptor.

Se deben enviar las prescripciones electrónicas a *Phys, NCPDP: 5908809, Teléfono: (844) 590-5792*