

Este formulario sirve como receta de su paciente y ofrece la oportunidad de que su paciente se inscriba en Rhythm InTune, un programa de apoyo de Rhythm Pharmaceuticals. Cuando los pacientes se inscriben, podemos ayudarlos a:



Comprender la cobertura de seguro



Comenzar con el tratamiento



Explorar opciones de apoyo financiero



Acceder a recursos educativos

¿Tiene preguntas?

Si tiene alguna pregunta sobre IMCIVREE o sobre cómo completar el formulario de inicio, estamos listos para ayudarlo. Envíenos un correo electrónico a patientsupport@rhythmtx.com o llámenos al **1-855-206-0815**, de lunes a viernes, de 8 A. M. a 6 P. M., hora del este.

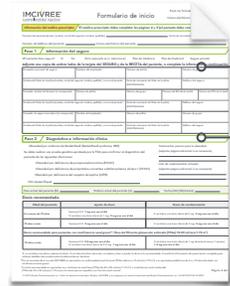
Para completar el formulario de inicio, siga estos pasos:



El paciente o el representante legalmente autorizado debe completar las páginas 2 y 3.

Complete la sección de **información del paciente**. Esta sección incluye el consentimiento de Rhythm InTune de su paciente, que debe completarse para que su paciente reciba los beneficios del programa.

Para participar en Rhythm InTune, **marque la casilla** de la página 2 y **firmé y feche** el formulario de consentimiento en la página 3.



El médico prescriptor debe completar las páginas 4 y 5. Complete toda la información solicitada en los pasos 1 a 5.

Incluya copias del anverso y reverso de las **tarjetas del seguro y de las recetas del paciente**.

No se requieren pruebas genéticas para recetar IMCIVREE a pacientes con síndrome de Bardet-Biedl.

En pacientes de más de 6 años de edad con obesidad por deficiencia del receptor de leptina (leptin receptor, LEPR), proproteína convertasa subtilisina/kexina de tipo 1 (proprotein convertase subtilisin/kexin type 1, PCSK1) y proopiometanocortina (pro-opiomelanocortin, POMC), el diagnóstico debe confirmarse con una prueba genética aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA).

Proporcione una copia de los resultados del paciente de una prueba aprobada por la FDA. Si tiene preguntas o necesita más información, llame al 1-855-206-0815.



En el paso 3, asegúrese de marcar las casillas correspondientes a **edad del paciente, ajuste de dosis y dosis de mantenimiento**. Esta información garantiza que se soliciten autorizaciones previas para el régimen previsto del paciente.

Firme y feche la certificación del médico.

Envío del formulario completado

Envíe por fax todas las páginas completadas al **1-877-805-0130**.

Recuerde a su paciente que espere recibir una llamada de Rhythm InTune, el programa de apoyo al paciente.

Un representante del programa llamará para confirmar la persona de contacto del paciente y la información del seguro.

Esa llamada puede provenir de un número desconocido. Es importante que el paciente responda la llamada para evitar demoras en el procesamiento de la receta.

Información del paciente El paciente o el representante legalmente autorizado debe completar esta página

Nombre del paciente (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido): _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) del paciente: _____

Idioma preferido: Inglés Español Otro: _____

Sexo: Masculino Femenino No binario

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Teléfono de domicilio: _____ Teléfono celular: _____

Preferido: Teléfono de domicilio Teléfono celular

¿Le parece bien que se deje un mensaje detallado? ¿Le parece bien que se envíe un mensaje de texto?

Correo electrónico: _____

Nombre de la persona que completa el formulario: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

Sección A / **Consentimiento para los servicios de apoyo**

Marque esta casilla

Yo (o mi representante) elijo inscribirme en Rhythm InTune ("servicios") y acepto que se use y divulgue mi información en relación con dichos servicios (que pueden incluir, entre otros, la verificación de beneficios de seguro y cobertura de fármacos, apoyo de autorización previa, asistencia financiera con copagos, programas de asistencia al paciente, fuentes de financiamiento alternativas y otros programas relacionados), y para comunicarme información educativa o promocional sobre IMCIVREE, y los servicios y productos de Rhythm relacionados. Autorizo a Rhythm y a sus representantes, agentes y contratistas a prestarme los servicios. También autorizo a Rhythm a que se comunique conmigo o con mi médico por correo postal, correo electrónico o teléfono en relación con los servicios. La compañía también puede compartir información con mi equipo de atención médica para mi atención.

Para obtener información adicional sobre cómo se puede usar su información y cómo comunicarse con Rhythm si tiene preguntas o cómo ejercer sus derechos, consulte la Política de privacidad de Rhythm (<https://www.rhythmtx.com/privacy-policy>) o envíenos un correo electrónico a PatientSupport@rhythmtx.com.

Información del paciente

El paciente o el representante legalmente autorizado debe completar esta página

Nombre del paciente (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido): _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Sección B

Autorización del paciente o representante legal para usar y compartir información médica personal

Autorizo a cualquier plan de salud, médico, profesional de atención médica, hospital, clínica, proveedor de farmacia, u otro proveedor de atención médica (en conjunto, "proveedores") a divulgar mi información médica personal, incluida la información personal relacionada con mi afección médica, resultados de pruebas genéticas, tratamiento, manejo de la atención, y seguro médico, así como toda la información proporcionada en este formulario y en cualquier receta ("información"), a Rhythm Pharmaceuticals, Inc. sus filiales y representantes, agentes y contratistas (en conjunto, "la compañía" o "Rhythm") en relación con el suministro de productos, suministros o servicios por parte de la compañía. Autorizo a la compañía a proporcionar esta información a una farmacia especializada para que cumpla con la receta. Además, mis proveedores y la compañía pueden usar y divulgar esta información a los servicios de apoyo de Rhythm InTune (si acepté anteriormente), como la verificación de los beneficios del seguro y la cobertura de fármacos, el apoyo de autorización previa, la asistencia financiera con copagos, los programas de asistencia al paciente, las fuentes de financiamiento alternativas, otros programas relacionados y la comunicación conmigo o con mi médico prescriptor por correo postal, correo electrónico o teléfono sobre mi afección médica, tratamiento, manejo de la atención, información del producto y seguro médico. Esta información también puede ser utilizada para fines internos por la compañía, incluido el análisis de datos, o para mejorar, desarrollar y evaluar productos, servicios y programas relacionados con mi afección. También autorizo a la compañía a usar mi información para proporcionarme información educativa o promocional sobre IMCIVREE y los productos y servicios relacionados con Rhythm, recordatorios de adhesión, y apoyo y educación sobre enfermedades, y para comunicarse conmigo para llevar a cabo investigaciones de mercado. Entiendo que la farmacia especializada puede recibir el pago por las actividades descritas en esta autorización. Entiendo que una vez divulgada a la compañía, es posible que mi información divulgada en virtud de esta autorización ya no esté protegida por la ley federal de privacidad, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento al enviar una notificación de revocación por escrito a Rhythm Pharmaceuticals, Inc., 222 Berkeley Street, 12th Floor, Boston, MA 02116. Entiendo que dicha revocación no se aplicará a ninguna información ya utilizada o divulgada a través de esta autorización. Entiendo que la revocación de mi autorización finalizará mi participación en los servicios de apoyo de Rhythm InTune. Esta autorización permanecerá vigente durante cinco (5) años a partir de la fecha de hoy, a menos que la ley estatal establezca un período más corto. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que negarme a firmar esta autorización no cambiará la forma en que mi médico, mi seguro médico y mis proveedores de farmacia me tratan. También entiendo que, si no firmo esta autorización, no podré recibir los servicios de apoyo de Rhythm InTune.

**Firme e
indique
la fecha
aquí**

Firma del paciente/representante legal

Fecha (MM/DD/AAAA)

Nombre del paciente

Nombre del representante legal y
relación

Información del médico prescriptor El médico prescriptor debe completar las páginas 4 y 5 (el paciente debe completar las páginas 2 y 3)

Nombre del paciente (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido): _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Número de teléfono del paciente: _____ Correo electrónico del paciente: _____

Paso 1 Información del seguro

¿El paciente tiene seguro? Sí No (Si la respuesta es sí, seleccione: Plan de Medicare Plan de Medicaid Seguro privado

Adjunte una copia de ambos lados de la tarjeta del SEGURO y de la RECETA del paciente, o complete la información a continuación.

Proveedor principal de seguro:	Nombre del empleador:	Número de póliza:	Número de grupo:	
Nombre del titular de la póliza (nombre, inicial del segundo nombre, apellido), si no es el paciente:		Fecha de nacimiento del titular de la póliza (MM/DD/AAAA):	Teléfono del seguro:	
Proveedor del plan de farmacia (si corresponde):	Número de póliza:	Número de grupo:	Número de BIN de la receta:	Número de PCN de la receta:
Nombre del titular de la póliza (nombre, inicial del segundo nombre, apellido), si no es el paciente:		Fecha de nacimiento del titular de la póliza (MM/DD/AAAA):	Teléfono del seguro:	
Proveedor de seguro secundario (si corresponde):	Nombre del empleador:	Número de póliza:	Número de grupo:	
Nombre del titular de la póliza (nombre, inicial del segundo nombre, apellido), si no es el paciente:		Fecha de nacimiento del titular de la póliza (MM/DD/AAAA):	Teléfono del seguro:	

Paso 2 Diagnóstico e información clínica

Obesidad por síndrome de Bardet-Biedl (Bardet-Biedl syndrome, BBS)

Se debe realizar una prueba genética aprobada por la FDA para confirmar el diagnóstico del paciente de las siguientes afecciones:

Obesidad por deficiencia de proopiomelanocortina (POMC)

Obesidad por deficiencia de proproteína-convertasa subilisinina/kexina de tipo 1 (PCSK1)

Obesidad por deficiencia del receptor de leptina (LEPR)

Tratamientos previos para la obesidad:

(adjuntar página adicional si es necesario)

Lista de medicamentos actuales:

(adjuntar página adicional si es necesario)

Otro (especifique): _____

Peso actual del paciente (lb): _____ Estatura actual del paciente (in): _____ Fecha (MM/DD/AAAA): _____

Dosis recomendada

Edad del paciente	Ajuste de dosis	Dosis de mantenimiento
6 a menos de 12 años	Semanas 0-2: 1 mg una vez al día Si se tolera una dosis diaria de 1 mg: 2 mg una vez al día	Si se tolera una dosis diaria de 2 mg: 3 mg una vez al día
12 años o más	Semanas 0-2: 2 mg una vez al día	Si se tolera una dosis diaria de 2 mg: 3 mg una vez al día
Dosis recomendada para pacientes con insuficiencia renal grave*¹ (Tasa de filtración glomerular estimada [TFGe] 15-29 ml/min/1.73 m²)		
12 años o más	Semanas 0-2: 0.5 mg una vez al día Si se tolera una dosis diaria de 0.5 mg: 1 mg una vez al día	Si se tolera una dosis diaria de 1 mg durante al menos 1 semana: 1.5 mg una vez al día

Si no se tolera una dosis, reduzca la dosis. Si se tolera la dosis reducida, considere volver a ajustar la dosis a la recomendada. Consulte la Información de prescripción completa para obtener detalles adicionales sobre la administración de dosis.

*No se recomienda el uso de IMCIVREE en pacientes con enfermedad renal terminal (TFGe inferior a 15 ml/min/1.73 m²) o en pacientes pediátricos de 6 a <12 años de edad con insuficiencia renal grave.

¹La dosis recomendada en pacientes con insuficiencia renal leve (TFGe de 60 a 89 ml/min/1.73 m²) o insuficiencia renal moderada (TFGe de 30 a 59 ml/min/1.73 m²) es la misma que en aquellos con función renal normal.

Información del médico prescriptor El médico prescriptor debe completar las páginas 4 y 5 (el paciente debe completar las páginas 2 y 3)

Nombre del paciente (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido): _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Paso 3 Receta

Marque las casillas correspondientes para el **AJUSTE DE DOSIS** y la dosis de **MANTENIMIENTO** de su paciente, y complete la cantidad de **REPOSICIONES**. Esta información garantiza que se soliciten autorizaciones previas para el régimen previsto del paciente. El régimen del paciente puede modificarse en cualquier momento llamando a la farmacia al 1-844-968-7477.

6 a menos de 12 años	12 años o más	Deficiencia renal grave (12 años o más)
<p>Ajuste de dosis: 1 mg por vía subcutánea una vez al día durante 2 semanas; 2 mg por vía subcutánea una vez al día durante 2 semanas; 3 mg una vez al día en lo sucesivo. Entregar la cantidad suficiente de viales para un suministro de hasta 30 días. Sin reposiciones.</p> <p>Mantenimiento: 3 mg (0.3 ml) por vía subcutánea una vez al día. Entregar la cantidad suficiente de viales para un suministro de hasta 30 días.</p> <p>Reposiciones de mantenimiento: _____ meses</p>	<p>Ajuste de dosis: 2 mg por vía subcutánea una vez al día durante 2 semanas; 3 mg por vía subcutánea una vez al día en lo sucesivo. Entregar la cantidad suficiente de viales para un suministro de hasta 30 días. Sin reposiciones.</p> <p>Mantenimiento: 3 mg (0.3 ml) por vía subcutánea una vez al día. Entregar la cantidad suficiente de viales para un suministro de hasta 30 días.</p> <p>Reposiciones de mantenimiento: _____ meses</p>	<p>Ajuste de dosis: 0.5 mg (0.05 ml) por vía subcutánea una vez al día durante 2 semanas; 1 mg (0.1 ml) por vía subcutánea una vez al día durante 1 semana; 1.5 mg (0.15 ml) una vez al día en lo sucesivo. Entregar la cantidad suficiente de viales para un suministro de hasta 30 días. Sin reposiciones.</p> <p>Mantenimiento: 1.5 mg (0.15 ml) por vía subcutánea una vez al día. Entregar la cantidad suficiente de viales para un suministro de hasta 30 días.</p> <p>Reposiciones de mantenimiento: _____ meses</p>
Instrucciones especiales:	Instrucciones especiales:	Instrucciones especiales:

Si el paciente requiere un régimen diferente, proporcione esa información en Instrucciones especiales. Un farmacéutico llamará al paciente el décimo día del período de ajuste de dosis y se comunicará con usted si cree que se debe considerar un cambio de dosis.

Cómo se suministra: IMCIVREE se suministra como solución de 10 mg/ml en un vial de dosis múltiples de 1 ml: NDC 72829-010-01.

Paso 4 Información del médico prescriptor

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido): _____ Especialidad: _____

Nombre del consultorio: _____

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de NPI* del médico prescriptor: _____ Persona de contacto del consultorio: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Paso 5 Certificación del proveedor de atención médica

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada en este formulario de inicio de IMCIVREE está completa y es precisa. He recetado IMCIVREE según mi criterio de necesidad médica, como se documenta en el registro médico del paciente, y supervisaré el tratamiento médico del paciente. Certifico que he obtenido la autorización por escrito del paciente antes mencionado de conformidad con las leyes estatales y federales aplicables, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 y sus reglamentaciones de implementación para proporcionar la información médica personalmente identificable en este formulario a los agentes y proveedores de servicios de Rhythm Pharmaceuticals, Inc. incluidas, entre otras, las farmacias dispensadoras de IMCIVREE, para elegibilidad de beneficios, autorización de cobertura, y coordinación y entrega de IMCIVREE. Autorizo el envío de este formulario de inicio (y la información incluida en el presente) a la farmacia especializada PANTHERx. Entiendo que la inscripción del paciente mencionado anteriormente en Rhythm InTune no es una garantía de cobertura o acceso a IMCIVREE (incluida la asistencia al paciente o la asistencia de copago) y que el único propósito de este servicio de apoyo es ayudar a facilitar un mejor acceso y apoyo para el producto para el paciente. Entiendo que, en la medida en que cualquier producto se proporcione al paciente sin cargo, ni yo ni el paciente podemos solicitar el reembolso de dicho producto. También entiendo que el paciente no es elegible para recibir asistencia de copagos, en caso de estar disponible, si está inscrito en algún programa federal de atención de la salud. Si el paciente ha solicitado un envío a mi consultorio, acepto no recibir ninguna compensación por la entrega del producto y lo etiquetaré con claridad y lo entregaré solo para uso por parte del paciente al que se hace referencia en esta solicitud.

Firme, feche y envíe por fax al 1-877-805-0130

Firma del médico prescriptor - entregar según lo escrito
(Se requiere la firma original)

Fecha (MM/DD/AAAA)

* Identificador de proveedor nacional.