acadia connect | Daybue™ (trofinetide)

Descripción general del Formulario de receta e inscripción de DAYBUE™ (trofinetida)

Una guía útil para completar y enviar recetas de DAYBUE

El **Formulario de receta e inscripción** se utiliza para recetar DAYBUE a los pacientes **Y** hacer que los padres/tutores legales otorguen su consentimiento para inscribir a su ser querido en el conjunto completo de servicios del programa de apoyo al paciente y familiares de Acadia Connect®.

Revise todas las secciones del **Formulario de receta e inscripción**.

El médico que emite la receta (o el personal del consultorio) y el padre/madre/tutor legal del paciente deben completar y firmar cuando se indique.

Envíe por fax o correo electrónico el formulario completado a Acadia Connect al **1-888-385-2748** o a **DAYBUE@AcadiaConnect.com**.

Recibirá un recibo de inscripción y un coordinador de atención de enfermería se pondrá en contacto con usted en el plazo de 24 horas.

Completar página 1

Información del paciente y del padre/madre/tutor legal

Daybue™ (trofinetide) — FORMULARIO DE RECETA E INSCRIPCIÓN — acadia connect

Proveedores de atención médica:
- Envíe el formulario de inscripción completado, la copia de todas las tarjetas de seguro (anterior y posterior) y la copia de las notas de la historia clínica del paciente a Acadia Connect®.
- Haga que el padre/madre/tutor legal lea la Sección 8 y firme donde se indique.
- Envíe por fax el formulario completado a Acadia Connect al 1-888-385-2748.
- Si su consultorio no ha recibido un fax de confirmación de que su formulario de inscripción se ha recibido en el plazo de un (1) día laborable después del envío, vuelva a enviarlo o llame a Acadia Connect al 1-844-737-2223, de lunes a viernes, de 8 A. M. a 8 P. M. ET.

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Seleccione una opción: ☑ Paciente recién recetado ☐ N.° de ID del ensayo clínico del paciente: _____

Nombre: Jane Inicial del segundo nombre: ____ Apellido: Smith

Dirección: 123 Fulton Street Ciudad: Cleveland Estado: OH Código postal: 12345

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): 1/1/2013 Sexo: Female

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

Nombre: John Apellido: Smith

Relación con el paciente: Father Idioma preferido: ☑ Inglés ☐ Español ☐ Otra _____

N.° de teléfono particular: (123) 456-7891 N.° de teléfono móvil: (123) 456-7891

N.° de teléfono del trabajo: (123) 456-7891 N.° de teléfono preferido: ☐ Particular ☐ Trabajo ☑ Móvil

Mejor hora para llamar: ☐ Por la mañana ☑ Por la tarde ☐ Por la noche ¿Podemos dejar un mensaje? ☑ Sí ☐ No

Dirección de correo electrónico: john.smith@email.com

2 INFORMACIÓN DEL SEGURO ☐ Sin seguro

Nombre del seguro médico principal: Aetna

N.° de póliza: W123456789 N.° de grupo: 123456-789-10112 N.° de teléfono: 1-800-123-4567

Nombre completo del titular de la póliza: John Smith

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): 1/1/1980 Relación con el paciente: Father

Nombre del seguro de fármacos con receta: Aetna N.° de teléfono de la receta: _____

N.° de grupo la receta: 123456 N.° de PCN de la receta: 123456 N.° de BIN de la receta: 123456

Nombre del seguro médico secundario: _____

N.° de póliza: _____ N.° de grupo: _____ N.° de teléfono: _____

Nombre completo del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Relación con el paciente: _____

Nombre del seguro de fármacos con receta: _____ N.° de teléfono de la receta: _____

N.° de grupo la receta: _____ N.° de PCN de la receta: _____ N.° de BIN de la receta: _____

3 INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EQUIPO DE ATENCIÓN (p. ej., neurólogo, fisioterapeuta, enfermero escolar, pediatra, gastroenterólogo)

Al proporcionar esta información, certifico que tengo permiso de los siguientes miembros del equipo de atención para divulgar su información de identificación personal a, y ser contactado por, Acadia Pharmaceuticals Inc. (incluidos sus representantes y agentes) con el fin de apoyar la atención y el tratamiento del paciente con DAYBUE™ (trofinetida).

ROL DEL EQUIPO DE ATENCIÓN	NOMBRE	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
Physical therapist	Jack Adams	jack.adams@email.com	1-888-123-4567

1 de 3

A — Instrucciones para enviar el formulario a Acadia Connect.

B — Marque la casilla adecuada que identifique al paciente como “paciente recién recetado” o “paciente del ensayo clínico”. Si corresponde, incluya el “N.° de ID del ensayo clínico” donde se indique.

C — Si el paciente está cubierto por un seguro médico y farmacéutico, y/o tiene un seguro médico secundario, incluya información para todos los planes que correspondan. Tener esta información por adelantado puede ayudar a completar la investigación de beneficios de manera oportuna.

D — El padre/madre/tutor legal y el médico que emite la receta/personal del consultorio deben indicar los nombres y la información de contacto de cualquier otro proveedor de atención médica que pueda formar parte del equipo de atención del paciente. Algunos ejemplos son neurólogo, fisioterapeuta, enfermero escolar, pediatra o gastroenterólogo.

La información usada para completar este formulario de muestra es solo un ejemplo. No hace referencia a un paciente ni a un proveedor de atención médica real.

Completar página 2

Información del médico que emite la receta, clínica y de prescripción

Daybue™ (trofinetide)

FORMULARIO DE RECETA E INSCRIPCIÓN

acadia connect®

Nombre del paciente: Jane Smith Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): 1/1/2013

4 INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA

Nombre del médico que emite la receta: Steve Apellido: Michaels

Especialidad del médico que emite la receta: Healthcare provider Nombre del consultorio: Ohio Commons Hospital

Dirección: 111 Cardinal Drive Ciudad: Cleveland Estado: OH Código postal: 12345

N.º de NPI: 12345678987654 N.º de ID del proveedor médico: 1234321565 N.º de DEA: HM1234567

N.º de teléfono: (123) 456-7891 N.º de fax: (123) 456-7891

Contacto del consultorio: John Doe N.º de teléfono de contacto: (123) 456-7891 Correo electrónico de contacto: john.doe@email.com

5 INFORMACIÓN CLÍNICA

Código ICD-10 aplicable: F84.2 ¿Se le han realizado pruebas genéticas al paciente? ☐ Sí ☑ No Fecha de la prueba: _____
(proteína de unión 2 a metil-CpG (*MECP2*))

Compañía de pruebas genéticas: _____

Resultados de la prueba genética: _____

6 RECETA DE FARMACIA

Fármaco: DAYBUE™ (trofinetida) 200 mg/ml, solución oral Instrucciones de receta: Tomar 40 ml dos veces al día Suministro diurno: 30 Reposiciones: 5

Peso del paciente (kg): 25 Administración: ☑ Oral ☐ Sonda de gastronomía Tipo: ☐ Dispensador NeoMed® oral ☐ ENFit® ☐ Jeringa Luer Lock

Instrucciones de receta adicionales: _____

Alergias del paciente: ☑ SAMC Indique: _____

Medicamentos concomitantes: valproate oral solution

En sus envíos mensuales, todos los pacientes recibirán los materiales auxiliares necesarios para el método de tratamiento seleccionado por el médico que emite la receta.

7 AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA

Doy fe de que he obtenido el permiso por escrito, en el caso de que lo exija la legislación federal y/o estatal vigente, de mi paciente (o del representante legal del paciente) para la liberación de la Información médica protegida ("Protected Health Information, PHI") de mi paciente a Acadia Pharmaceuticals Inc. o a sus representantes o agentes (colectivamente "Acadia") según pueda ser necesario para la participación del paciente en un programa diseñado para ayudar a los pacientes a determinar su cobertura de seguro para DAYBUE que he elegido recetar. Ordeno a Acadia que transmita, en mi nombre, cualquier PHI relacionada con la receta y otra información de receta entregada a Acadia para DAYBUE a la farmacia dispensadora elegida por o para el paciente, a la compañía de seguros médicos del paciente y a otros terceros según sea necesario para dispensar la receta del paciente para DAYBUE, con la verificación de la cobertura del seguro del paciente para DAYBUE, proporcionando información relativa de la cobertura y beneficios del pagador y cómo preparar solicitudes de autorización previa, apelaciones de determinación de cobertura u otras cuestiones de cobertura, y/o ayudando con la asistencia y apoyo al paciente o DAYBUE a costo reducido. Entiendo que debo cumplir con los requisitos de receta específicos del estado tal como la receta electrónica, el formulario de recetas específico del estado, el texto del fax, etc. Acepto que Acadia pueda ponerse en contacto conmigo para obtener información adicional relacionada con DAYBUE, incluidos, entre otros, por correo electrónico, fax y teléfono. Nombro a Acadia como mi agente con el fin de transmitir esta receta a la farmacia dispensadora adecuada. Certifico que DAYBUE es médicamente necesario y es lo mejor para el paciente concreto.

Mi firma a continuación certifica que he leído, entiendo y acepto la declaración de autorización del médico que emite la receta anterior.

Firme aquí Firma (dispensar tal y como está escrito): _____ Fecha: 09/01/2023
Sin firma de sello

o

Firme aquí Firma (sustitución permitida): _____ Fecha: _____
Sin firma de sello

Nombre en letra de imprenta: Dr. Steve Michaels

2 de 3

La información usada para completar este formulario de muestra es solo un ejemplo. No hace referencia a un paciente ni a un proveedor de atención médica real.

E Incluya el nombre del paciente y la fecha de nacimiento (FdN) en la parte superior de cada página.

F Anote si el paciente se ha sometido a pruebas genéticas e incluya toda la información relacionada con las pruebas genéticas cuando esté indicado.

G Proporcione las instrucciones de receta, incluida la administración de dosis basada en el peso de DAYBUE, la forma de administración y la jeringa recomendada/recetada, si corresponde.

H Los médicos que emiten la receta deben firmar esta sección para que el formulario de receta sea válido. No se permiten firmas con sellos, ya que pueden provocar retrasos en el proceso de inscripción.

Opcional: para firmar electrónicamente el formulario, los médicos que emiten las recetas deben utilizar la función "Completar y firmar" de Adobe Acrobat (versión para el lector o superior). Haga clic en "Añadir firma", luego en "Dibujar" y, después, utilice el ratón o la yema del dedo para firmar.

acadia connect® | Daybue™ (trofinetide)

Completar página 3

Autorización HIPAA del paciente/padre/madre/tutor legal

Daybue™ (trofinetide)

FORMULARIO DE RECETA E INSCRIPCIÓN

acadia connect™

Nombre del paciente: Jane Smith Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): 1/1/2013

8 AUTORIZACIÓN HIPAA DEL PACIENTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL (lea y firme a continuación si está de acuerdo).

Por la presente autorizo y pido a mis proveedores de atención médica (incluidos médicos, médicos emiten recetas, proveedores de atención a largo plazo y farmacias) y compañías de seguros médicos, y a cada uno de sus respectivos representantes, empleados, personal y agentes (colectivamente "Proveedores") a usar mi Información médica protegida ("PHI") y/o divulgarla a Acadia Pharmaceuticals Inc. y a sus representantes y agentes (colectivamente "Acadia") para ayudarme a obtener DAYBUE y los servicios de apoyo de Acadia Connect. Entiendo que esta PHI puede incluir, entre otros, mi nombre, dirección, número de teléfono y otra información de contacto; información relacionada con mi afección médica, tratamiento, manejo de la atención y seguro médico; así como información proporcionada en este formulario y en cualquier receta. Acepto inscribirme en el Programa de tarjetas de copago de Acadia si soy elegible, y si se confirma que soy elegible, entiendo que la información de la tarjeta de copago se enviará a mi farmacia especializada, junto con mi receta. Entiendo que cualquier ayuda con mi copago o la distribución de costos por DAYBUE se realizará de acuerdo con los Términos y condiciones del programa. Entiendo que las farmacias pueden recibir remuneración (pago) de Acadia por proporcionar servicios de apoyo al paciente y divulgar la PHI asociada a Acadia de conformidad con este formulario.

Además, autorizo a Acadia a utilizar mi PHI y divulgarla a terceros, incluyendo, entre otros, farmacias especializadas, planes de salud, compañías de seguros, y programas de asistencia al paciente únicamente en relación con mi obtención de los servicios de asistencia de productos DAYBUE y/o Acadia Connect, incluyendo la investigación de los beneficios del seguro, elegibilidad, y cobertura; proporcionar asistencia financiera para pagos de copago o de bolsillo; elegibilidad para el suministro gratuito de medicamentos; coordinación de la atención; coordinar la administración de medicamentos.

Autorizo a Acadia y a los Proveedores a comunicarse conmigo por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico, utilizando la información de contacto que he proporcionado en este formulario, para todos los fines mencionados anteriormente. Confirmo que soy el suscriptor del/de los número(s) de teléfono móvil proporcionado(s) y acepto notificar a Acadia Connect inmediatamente si mis números cambian en el futuro. Entiendo que pueden aplicarse las tarifas de datos y mensajes de mi proveedor de servicios inalámbricos. Entiendo que puedo optar por no recibir mensajes de texto en el futuro respondiendo STOP (DETENER) a cualquier mensaje de texto. También entiendo que en el futuro se me proporcionarán términos y condiciones adicionales de los mensajes de texto como parte de un mensaje de texto de confirmación de inclusión.

También autorizo a Acadia a divulgar a mis proveedores de DAYBUE cualquier PHI sobre mí que Acadia pueda crear o recibir. Entiendo que una vez que mi PHI sea divulgada a Acadia o por Acadia en virtud de este formulario, es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad estatales y federales y puede estar sujeta a una nueva divulgación. Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario y que mi rechazo no afectará al tratamiento que reciba de mis proveedores, ni afectará mi inscripción o elegibilidad para los beneficios del seguro médico a los que de otro modo tengo derecho. También entiendo que puedo cancelar (revocar) esta autorización en cualquier momento al enviar por correo una carta para solicitar dicha cancelación a la dirección que aparece a continuación; sin embargo, esta cancelación no se aplicará a ninguna PHI ya usada o divulgada conforme a este formulario antes de que mis proveedores reciban la notificación de la cancelación. Entiendo que esta autorización es válida durante un periodo de 10 años o durante un periodo más corto dictado por la legislación estatal vigente. Entiendo que recibiré una copia firmada de esta autorización por parte del proveedor que me la recopile.

Puede encontrar más información sobre las prácticas de privacidad de Acadia en www.acadia.com/privacy. Si usted es residente de California, puede encontrar una descripción de la información personal recopilada por Acadia y sus derechos según la Ley de Privacidad del Consumidor de California en esta dirección. Dirección para darse de baja de las comunicaciones o para cancelar este formulario: Acadia Connect, 1710 Shelby Oaks Dr. Ste 3, Memphis, TN 38134.

Además, autorizo a Acadia Pharmaceuticals Inc. a analizar la coordinación de la atención del paciente con los siguientes miembros de la familia y/o cuidador(es): Estas personas tienen mi pleno permiso, en nombre del paciente, para obtener y divulgar información personal y médica sobre el paciente, Acadia y sus agentes y contratistas.

Nombre del/de los representante(s) autorizado(s) (en letra de imprenta):

Nombre: John Smith Relación con el paciente: Father

Nombre: Relación con el paciente:

Firme aquí Paciente/padre/madre/tutor legal: John Smith Fecha: 09/01/2023

Envíe el formulario de inscripción completado por fax al 1-888-385-2748 o por correo electrónico a DAYBUE@AcadiaConnect.com

©2023 Acadia Pharmaceuticals Inc. Acadia y Acadia Connect son marcas registradas y DAYBUE es una marca comercial de Acadia Pharmaceuticals Inc. Todos los derechos reservados. ACAC-0171 3/23.

ACADIA™

I — Incluya el nombre del paciente y la FdN en la parte superior de cada página.

J — La declaración de autorización del padre/madre/tutor legal incluye el consentimiento para compartir la información médica del paciente con determinadas partes y para la inscripción en Acadia Connect.

Opcional: El padre/la madre/el tutor legal también pueden firmar electrónicamente el formulario utilizando la función "Completar y firmar" de Adobe Acrobat (versión para el lector o superior). Pueden hacer clic en "Añadir firma", luego en "Dibujar" y, después, utilizar el ratón o la yema del dedo para firmar.

La información usada para completar este formulario de muestra es solo un ejemplo. No hace referencia a un paciente ni a un proveedor de atención médica real.

Los padres/tutores legales pueden otorgar su consentimiento utilizando el **Formulario de consentimiento del paciente de DAYBUE** o el **Formulario de receta e inscripción de DAYBUE**, que su consultorio enviará a Acadia Connect.

Visite AcadiaConnect.com para descargar una copia del formulario de receta e inscripción de DAYBUE

HIPAA = Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos.

©2023 Acadia Pharmaceuticals Inc. Acadia y Acadia Connect son marcas registradas y DAYBUE es una marca comercial de Acadia Pharmaceuticals Inc. Todos los derechos reservados.
ACAC-0202-v2 09/23

acadia connect™ | Daybue™ (trofinetide)