

- Se asociará con su paciente y permanecerá dedicado a este durante todo el tratamiento
- Se comunicará con el paciente o el cuidador para revisar la cobertura de seguro y los programas de apoyo
- Evaluará la elegibilidad del paciente para participar en programas de asistencia financiera disponibles

INICIO: PASOS PARA LA INSCRIPCIÓN SATISFATORIA EN ULTRACARE

A continuación se presentan los pasos más fundamentales para garantizar la inscripción completa y oportuna en UltraCare, de manera que su paciente pueda beneficiarse por completo de la serie de servicios de apoyo que ofrece el programa.

1 SELECCIONE EL MÉTODO DE COMUNICACIÓN PREFERIDO DEL PACIENTE

- Pregúntele a su paciente y/o cuidador sobre cómo preferirá comunicarse con su guía de UltraCare y cuál es el mejor horario para contactarlo

2 VERIFIQUE EL SEGURO DEL PACIENTE

- Proporcione una copia del anverso y el reverso de todas las credenciales del seguro **médico y para recetas** del paciente
- Indique si el paciente no tiene seguro de salud (médico y de farmacia)

3 OBTENGA EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE^a

- Se requiere la firma del paciente para permitir que terceros compartan la información médica protegida con Ultragenyx y para facilitar lo siguiente:
 - Investigación de beneficios
 - Autorización previa
 - Transferencia de recetas al proveedor de farmacia especializada
 - Agencia de infusión a domicilio
 - Servicios adicionales prestados por UltraCare, que incluyen cobertura de seguro, asistencia financiera y programas de apoyo al paciente

4 SELECCIONE EL LUGAR DE ATENCIÓN (SOC)

- Elija su lugar de atención (site of care, SOC) preferido para la administración del medicamento:
 - Inyección en el domicilio
 - Administración en el consultorio
 - Entorno de hospital ambulatorio

5 ESPECIFIQUE LA RECETA PARA CRYSVITA® (burosumab-twza)

- $\text{Peso del paciente (kg)} \times \text{dosis inicial recomendada} = \text{dosis inicial total}$ (redondeada a los 10 mg más cercanos)
 - Pacientes pediátricos: la dosis inicial recomendada es de 0.8 mg/kg de peso corporal (redondeada a los 10 mg más cercanos y la dosis máx. es de 90 mg) cada 2 semanas
 - Pacientes adultos: la dosis inicial recomendada es de 1 mg/kg de peso corporal (redondeada a los 10 mg más cercanos y la dosis máx. es de 90 mg) cada 4 semanas
- Asegúrese de que el médico coloque la firma y la fecha de puño y letra, lo que es necesario para procesar la receta

6 COMPLETE INFORMACIÓN ADICIONAL

- Permita que el paciente decida si desea recibir o no información adicional de Ultragenyx

7 DETERMINE LOS PERMISOS DE DIVULGACIÓN

- Indique si al paciente le gustaría permitir que su información se comparta con otras personas

^aSi el paciente desea optar por no participar en la sección del consentimiento del paciente, infórmelo al equipo de UltraCare verbalmente por teléfono o por escrito a la dirección que figura en la siguiente página.

Formulario de inicio del paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: asegúrese de elegir su método de comunicación preferido

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____
 Apellido _____
 Sexo Femenino Masculino
 Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____
 Últimos 4 dígitos del n.º de seguridad social _____
 Dirección _____
 Ciudad _____
 Estado _____ Código postal _____
 Teléfono particular (____) _____ Teléfono laboral (____) _____
 Teléfono móvil (____) _____
 Mejor horario de comunicación _____
 Método de comunicación preferido Particular Laboral Móvil
 Mensaje de texto Correo electrónico
 Idioma preferido _____
 Correo electrónico _____
 Nombre del cuidador (nombre y apellido) _____
 Relación con el paciente _____
 Teléfono del cuidador (____) _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA:

Nombre _____
 Apellido _____
 Dirección _____
 Ciudad _____
 Estado _____ Código postal _____
 Número del consultorio (____) _____ Fax (____) _____
 Correo electrónico del consultorio _____
 Nombre/cargo del contacto del consultorio _____
 Teléfono de contacto del consultorio (____) _____
 N.º de licencia estatal _____ N.º de NPI _____

El médico que receta debe cumplir con los requisitos de receta específicos de su estado, como la receta electrónica, el formulario de receta específico del estado, el lenguaje del fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado podría derivar en una repercusión en el médico que receta.

INFORMACIÓN DE RECETA DE CRYSVITA: seleccione el código ICD-10-CM y el tipo de receta

Pacientes pediátricos con hipofosfatemia ligada al cromosoma X (X-linked hypophosphatemia, XLH): el régimen de administración de dosis inicial es de 0.8 mg/kg de peso corporal redondeada a los 10 mg más cercanos, administrada cada 2 semanas. La dosis inicial mínima es de 10 mg hasta una dosis máxima de 90 mg.

Pacientes adultos con XLH: el régimen de administración de dosis inicial es de 1 mg/kg de peso corporal redondeada a los 10 mg más cercanos hasta una dosis máxima de 90 mg, administrada cada 4 semanas.

Cómo se suministra: vial de dosis única de 10 mg/ml, vial de dosis única de 20 mg/ml, vial de dosis única de 30 mg/ml. Inyección subcutánea solamente.

<input type="checkbox"/> E83.31 (hipofosfatemia familiar)		<input type="checkbox"/> E83.39 (otros trastornos del metabolismo del fósforo)		<input type="checkbox"/> Otro _____			
Receta de CRYSVITA	Fecha de medición del peso	Peso del paciente (en kg)	Dosis inicial recetada	Dosis total calculada (redondeada a los 10 mg más cercanos y la dosis máx. es de 90 mg)	Frecuencia	Días de suministro (límite: 28 días)	Reposiciones
			<input type="checkbox"/> 0.8 mg/kg (pacientes pediátricos) <input type="checkbox"/> 1 mg/kg (pacientes adultos)		<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas (pacientes pediátricos) <input type="checkbox"/> Cada 4 semanas (pacientes adultos)		
<input type="checkbox"/> Médico que receta: marque aquí para autorizar suministros complementarios, como agujas y jeringas, según sea necesario para administrar la terapia. _____							
Tamaño del vial y cantidad <input type="checkbox"/> 10 mg/ml x _____ <input type="checkbox"/> 20 mg/ml x _____ <input type="checkbox"/> 30 mg/ml x _____ <input type="checkbox"/> Medicamentos simultáneos (lista adjunta)							
Instrucciones especiales _____ Precauciones especiales (p. ej., alergias) _____							
Firma del médico que receta _____ (sin sellos) Entrega según se indica por escrito Fecha _____							
<input type="checkbox"/> Receta de inicio rápido (para farmacias AllCarePlus solamente)							
Tamaño del vial y cantidad <input type="checkbox"/> 10 mg/ml x _____ <input type="checkbox"/> 20 mg/ml x _____ <input type="checkbox"/> 30 mg/ml x _____ <input type="checkbox"/> Medicamentos simultáneos (lista adjunta)							
Instrucciones especiales _____ Precauciones especiales (p. ej., alergias) _____							
Firma del médico que receta _____ (sin sellos) Entrega según se indica por escrito Fecha _____							
Inicio rápido: en todos los casos en los que no se haya recibido terapia comercial previa, el paciente y el producto se deben enviar al proveedor de atención médica para la administración en el consultorio y el costo no se transferirá al paciente.							
Lugar de atención deseado: <input type="checkbox"/> Inyección en el domicilio (consulte la dirección particular del paciente) <input type="checkbox"/> Consultorio del médico (consulte la dirección del consultorio del proveedor) <input type="checkbox"/> Centro médico alternativo (proporcione el nombre y la dirección del centro) <input type="checkbox"/> Del centro al domicilio (primera dosis en el centro; resto en el domicilio)							
Nombre/dirección del centro _____ <input type="checkbox"/> Visita de personal de enfermería titulado para brindar instrucción relacionada con la terapia, el estado de la enfermedad y la administración por parte del personal de enfermería de CRYSVITA, a fin de incluir la administración y el ajuste de la dosis según el pedido del médico que receta.							
Autorizo a Ultragenyx a actuar en mi nombre a los fines limitados de transmitir esta receta a la farmacia adecuada designada por el paciente mediante el uso de su plan de beneficios. El médico que receta debe cumplir con los requisitos de receta específicos de su estado, como la receta electrónica, el formulario de receta específico del estado, el lenguaje del fax, etc.							

Formulario de inicio del paciente

INFORMACIÓN DEL SEGURO: asegúrese de proporcionar copias de las credenciales MÉDICA y para RECETAS del paciente

- El paciente no tiene seguro de salud Proporcione copias de todas las credenciales médicas y para recetas: anverso y reverso (cobertura principal y secundaria, y complementaria) (En caso de proporcionar copias, no es necesario completar esta sección)

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRINCIPAL

Nombre del seguro _____ Teléfono del seguro (____) _____
Nombre del titular de la póliza _____ Relación con el paciente _____
Id. de grupo _____ Nombre del empleador _____
Id. de miembro _____

4 INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Nombre del seguro _____ Teléfono del seguro (____) _____
Nombre del titular de la póliza _____ Relación con el paciente _____
Id. de grupo _____ Nombre del empleador _____
Id. de miembro _____

INFORMACIÓN DE LA CREDENCIAL PARA RECETAS

Nombre que figura en la credencial para recetas _____ Teléfono para recetas (____) _____
Nombre del titular de la póliza _____ Relación con el paciente _____
Id. de miembro _____ N.º de BIN _____
N.º de PCN _____

5 CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI) Y FIRMA

Autorizo a cada uno de mis médicos y farmacéuticos (lo que incluye a cualquier farmacia especializada y otros proveedores de atención médica), y a cada una de las entidades que me brindan seguro de salud a divulgar mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI), que incluye, entre otros, registros médicos, información relacionada con mi afección médica y tratamiento, información financiera, valores de laboratorio, información sobre la cobertura de seguro, mi nombre, dirección, número de teléfono y últimos 4 dígitos del número de seguridad social a Ultragenyx Pharmaceutical, Inc. y sus agentes, contratistas y cesionarios para que usen y divulguen mi PHI a fin de inscribirme en los servicios al paciente de UltraCare y comunicarse conmigo al respecto, proporcionar administración de casos mediante comunicaciones telefónicas o electrónicas para brindar asistencia con el cumplimiento del régimen de medicamentos, y trabajar con terceros para brindar remisiones y recursos comunitarios. Los proveedores externos, como las farmacias especializadas, pueden recibir una remuneración económica a cambio de datos, servicios de apoyo a productos, servicios de reembolso, etc. Esta autorización vence un año después de la fecha de ejecución, o un año después de la fecha de mi última receta, lo que sea posterior, a menos que la ley estatal exija un período más breve. Comprendo que me puedo negar a firmar esta autorización y que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios, lo que incluye mi acceso a la terapia, no están condicionados por mi firma de esta autorización. Comprendo que revocar esta autorización no afectará la capacidad para usar y divulgar la PHI recibida antes de la recepción de la notificación de que deseo interrumpir mi participación en el programa. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento verbalmente o por escrito a la dirección que figura en la parte superior de este formulario. Una vez que la autorización se haya revocado o haya vencido, comprendo que no se divulgará mi PHI futura. Comprendo que mi PHI no se usará ni divulgará con ningún otro fin, a menos que lo permita la ley, que no sean los fines indicados anteriormente. Es posible que la información divulgada conforme a esta autorización o proporcionada a un tercero ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del padre/la madre/el tutor (si el paciente es menor) _____ Fecha _____

6 INFORMACIÓN ADICIONAL

- Me gustaría recibir los materiales de comercialización de Ultragenyx con fines de instrucción.
 Me gustaría obtener más información sobre los servicios al paciente de UltraCare. Llámeme para revisar estos servicios.
 Me gustaría que se me considere en futuros proyectos de investigación para comercialización de Ultragenyx. Comuníquese conmigo para analizar los detalles de los proyectos de investigación para comercialización.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del padre/la madre/el tutor (si el paciente es menor) _____ Fecha _____

7 DIVULGACIÓN PARA OTORGAR PERMISO PARA ANALIZAR LA INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS AL PACIENTE DE ULTRACARE

- Otorgo permiso al equipo de Apoyo al Paciente para que divulgue mi información del caso de paciente a las siguientes partes:

Nombre _____	Nombre _____
Relación con el paciente _____	Relación con el paciente _____
<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Terciaria	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Terciaria
Dirección _____	Dirección _____
Ciudad _____	Ciudad _____
Estado _____	Estado _____
Código postal _____	Código postal _____
Teléfono (____) _____	Teléfono (____) _____

Notas: _____
