

HOW TO ENROLL YOUR PATIENT IN



Page 1: ENROLLMENT FORM

Select a service, complete the form, and have prescriber sign and date.

If no service option is selected, the patient will be enrolled in Full Access Services.

	SERVICE REQUESTED (Select one) <input type="checkbox"/> Full Access Services <input type="checkbox"/> Patient Assistance Program (PAP) <input type="checkbox"/> VELTASSA Starter Supply Only		
	Additional instructions: _____		
Full Access Services <ul style="list-style-type: none"> • One 20-day free trial of VELTASSA® (patiomer) • Insurance benefit investigation • Prior authorization and appeals assistance • Specialty pharmacy triage and coordination • Co-pay and affordability assistance • PAP eligibility review 	Patient Assistance Program (PAP) <ul style="list-style-type: none"> • PAP eligibility review • Free VELTASSA to program-eligible uninsured and underinsured patients • One 20-day free trial of VELTASSA 	VELTASSA Starter Supply Only <ul style="list-style-type: none"> • One 20-day free trial of VELTASSA • Full Access Services available upon request • Only sections 1, 3, and 4 on page 1 of Enrollment Form are required 	

Page 2: PRIVACY NOTICE & PATIENT AUTHORIZATION

Please have patient sign and date to enroll in requested Veltassa Kconnect programs. Patient or patient's legal representative may also visit www.VELTASSAeconsent.com to provide authorization electronically. If patient signature is not available at the time of submission, Veltassa Kconnect will follow up directly with the patient to try to obtain consent.

	<p><i>Jane Doe</i></p> <p>Nombre del paciente o representante legal del paciente (en letra de imprenta)</p>	<p><i>Jane Doe</i></p> <p>Paciente o representante legal del paciente (firma)</p>	<p><i>03/14/2021</i></p> <p>Fecha</p>
<p>Describe la relación del representante con el paciente _____</p>			

Page 3 (optional): PATIENT MARKETING CONSENT

Please have patient fill out, sign, and date page 3 to enroll in optional patient marketing programs.

	<p>Pueden ponerse en contacto conmigo (marque ✓ y complete todos los métodos por los que le gustaría que se pongan en contacto con usted):</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Correo postal de los EE. UU. (<input checked="" type="checkbox"/> use la dirección de la página 1)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Correo electrónico <u>janedoe</u> @ <u>email.com</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Teléfono (<u>555</u>) <u>555</u> - <u>5555</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Número de teléfono móvil para mensajes de texto (<u>555</u>) <u>555</u> - <u>5555</u></p>
<p>Si proporciona su número de teléfono móvil para recibir mensajes de texto o llamadas, acepta recibir mensajes de marketing y de otra naturaleza en nombre de Vifor Pharma, Inc. mediante el sistema telefónico de discado automático. No es necesario este consentimiento para inscribirse en servicios de Vifor Pharma, Inc. ni comprar productos. Pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes de texto.</p>	
<p><i>Jane Doe</i></p> <p>Nombre del paciente o representante legal del paciente (en letra de imprenta)</p>	<p><i>Jane Doe</i></p> <p>Paciente o representante legal del paciente (firma)</p>
<p><i>03/14/2021</i></p> <p>Fecha</p>	

SERVICE REQUESTED

(Select one)

 Full Access Services
 Patient Assistance Program (PAP)
 VELTASSA Starter Supply Only

Additional instructions: _____

1. Patient Information (Please provide physical address; no PO boxes.)

 Name (Last, First) _____
 Physical Address _____
 City _____ State _____ Zip _____
 Date of Birth ____/____/____ Male Female
 Primary Phone (____) ____ - ____ Best Time to Call _____

 Preferred Language _____
 Patient's Legal Representative Name _____
 (If applicable)
 Patient's Legal Representative Phone (____) ____ - ____
 Relationship to Patient _____

 Patient or patient's legal representative may also visit www.VELTASSAeconsent.com to provide authorization electronically.

2. Primary Medical Insurance Information (Please attach a copy [both sides] of medical and/or prescription drug insurance cards.)
 If patient is uninsured, please see and complete the PAP information at the bottom of this page.

 Primary Insurance Name _____
 Policy # _____
 Group # _____

 Primary Insurance Phone (____) ____ - ____
 Policyholder Name _____

3. Prescriber Information

 Prescriber Name _____
 Prescriber NPI _____
 Prescriber Tax ID _____
 State License # _____

 Treating Facility Name (e.g., name of practice, dialysis center, etc.) _____
 Treating Facility Address _____
 City _____ State _____ Zip _____
 Treating Facility Contact Name _____
 Phone (____) ____ - ____ Fax (____) ____ - ____

4. VELTASSA® (patiomer) for oral suspension prescription

 Diagnosis ICD-10 Code(s) Hyperkalemia E87.5 Other _____ Serum Potassium Level _____ Date of Lab _____

VELTASSA Starter Supply*: Upon prescriber's medical assessment of patient need, Veltassa Konnect will provide eligible new patients with a free trial offer of up to 20 days of VELTASSA.

 Yes, provide patient with a free supply of VELTASSA 8.4 g. Dissolve contents of one (1) packet into 1/3 cup of water and drink full amount once daily. Dispense 20-day supply. 0 refills.
 Ship to patient's address Ship to treating facility address

VELTASSA® (patiomer) for oral suspension prescription: Dissolve contents of one (1) packet into 1/3 cup of water and drink full amount. Take as directed.

 8.4 g 16.8 g Once per day Dispense: 30-day supply Other _____ Refill _____ times
 25.2 g Other _____ 90-day supply

Prescriber Declaration

I certify that the patient and physician information contained in this enrollment form is complete and accurate to the best of my knowledge. I have prescribed VELTASSA based on my judgment of medical necessity, and I will be supervising the patient's treatment. I have received the necessary authorization prior to the transmittal of health information to Vifor Pharma, Inc. and companies and parties working with Vifor Pharma, Inc. to perform a preliminary assessment of insurance verification and determine patient eligibility for the Vifor Pharma, Inc. product program. I authorize the forwarding of this prescription to a dispensing specialty pharmacy on behalf of myself and the patient. I understand that neither I nor the patient should seek reimbursement for any free product received through the program.


Prescriber Signature _____ **Date** _____
 (No stamps; dispense as written)

Prescriber Signature _____ **Date** _____
 (No stamps; substitution permitted)

Patient Assistance Program (PAP) for uninsured applicants only

Annual pretax household income _____ Number of family members living in household _____

Uninsured PAP applicants are required to submit verification for all sources of household income at time of application, including a copy of one (1) of the following: most recent federal tax return, pay stub, W-2 statement, bank statement, or another source of income verification. This information will be used only to determine eligibility for the PAP. If you do not have one of the above-mentioned sources or if you have any change in your insurance or financial information, please call Veltassa Konnect at 1-844-870-7597.

*VELTASSA Starter Supply not contingent on purchase. No guarantee VELTASSA will be approved by patient's health plan.

AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE REQUERIDA PARA LA INSCRIPCIÓN EN VELTASSA KONNECT

Al firmar esta Autorización, autorizo a Vifor Pharma, Inc. y a las compañías y partes que trabajan con Vifor Pharma, Inc. a utilizar o divulgar mi información médica sobre mi afección médica, registros, tratamiento y plan de salud para los fines que se mencionan a continuación. También autorizo a mis proveedores de atención médica, a mis planes de salud y a mis farmacias a divulgar mi información médica a Vifor Pharma, Inc. para los fines descritos a continuación. Entiendo que esta Autorización es voluntaria, pero Vifor Pharma, Inc. no puede proporcionarme servicios ni información sin ella.

Veltassa Konnect es un programa patrocinado por Vifor Pharma, Inc. que brinda apoyo al paciente y ayuda a los pacientes elegibles a acceder, pagar, estar informados sobre, y cumplir con su tratamiento según lo prescrito. Cualquier producto gratuito proporcionado a través del programa no puede enviarse para su reembolso y se utilizará según lo prescrito. Una vez que se ha divulgado mi información médica, entiendo que es posible que las leyes de privacidad ya no protejan la información. Sin embargo, Vifor Pharma, Inc. acepta proteger mi información médica mediante su uso y divulgación únicamente para los fines autorizados en esta Autorización o según lo exija la ley. Entiendo que ciertas partes, como mi proveedor de farmacia, podrán recibir remuneración por parte de Vifor Pharma, Inc. en relación con las actividades descritas en esta Autorización.

Autorizo el uso y/o la divulgación de mi información médica únicamente para los siguientes fines previstos: (1) para mi inscripción, la determinación de mi elegibilidad y mi participación en Veltassa Konnect (y otras ofertas relacionadas con el programa de asistencia al paciente), y para la administración del programa; (2) para ayudar a que se pongan en contacto conmigo, mi plan de salud, mi proveedor o mi farmacia sobre mi atención médica y el estado de mi seguro; (3) para verificar la información de mi seguro; (4) para coordinar mi receta o medicamento a través de mi proveedor de atención médica y proporcionar apoyo continuo para mi tratamiento según lo prescrito; (5) para referirme a programas alternativos de pacientes externos; y (6) para cumplir con la ley. Entiendo y acepto que Vifor Pharma, Inc. puede ponerse en contacto conmigo por correo postal, correo electrónico, teléfono o mensaje de texto. Por lo general, Vifor Pharma, Inc. dejará mensajes de voz con información básica. Autorizo a Vifor Pharma, Inc. a dejar mensajes de voz con información más detallada sobre el motivo de la llamada, que puede contener más información médica.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y optar por no recibir información o servicios de Vifor Pharma, Inc. Entiendo que mi tratamiento (incluido un producto de Vifor Pharma, Inc.), el pago del tratamiento, la inscripción del seguro o la elegibilidad para recibir los beneficios del seguro no están condicionados a que yo acepte firmar esta Autorización. Puedo cancelar o modificar esta Autorización en cualquier momento escribiendo a Vifor Pharma, Inc., 100 Cardinal Way, Redwood City, CA 94063. La cancelación de esta Autorización finalizará mi consentimiento después de la fecha en que Vifor Pharma, Inc. reciba mi carta, pero no afectará la información previamente divulgada de conformidad con esta Autorización.

Esta Autorización tendrá vigencia durante cinco (5) años a partir de la fecha de mi firma, a menos que la ley exija un período más corto o se cancele por escrito. Esta Autorización puede extenderse previa notificación por escrito de Vifor Pharma, Inc. o de mi parte. Tras el vencimiento de esta Autorización, toda la información se destruirá. Puedo recibir una copia de esta Autorización previa solicitud. Certifico que toda la información que proporcione a Vifor Pharma, Inc. es completa y exacta, según mi leal saber y entender.



Nombre del paciente o representante legal del paciente
(en letra de imprenta)

Describa la relación del representante con el paciente _____



Paciente o representante legal del paciente
(firma)



Fecha

CONSENTIMIENTO DE COMERCIALIZACIÓN DEL PACIENTE

Acepto recibir información adicional sobre la enfermedad y el producto y que se pongan en contacto conmigo para conocer mis opiniones como parte de Vifor Pharma, Inc. y las compañías y partes que trabajan con Vifor Pharma, Inc. para las comunicaciones de comercialización, que son independientes de Veltassa Konnect (y otras ofertas relacionadas con el programa de asistencia al paciente).

Estos programas pueden incluir proporcionarme información o materiales de comercialización sobre otros productos o servicios disponibles de Vifor Pharma, Inc. y sus filiales, recordatorios de tratamientos o educación u oportunidades para participar en encuestas o proporcionar comentarios. Entiendo que mi información de identificación personal (IIP), incluida la información sobre mi uso de productos de Vifor Pharma, Inc., podría ser necesaria para participar en estos programas. Puedo elegir que se pongan en contacto conmigo por correo postal, correo electrónico, teléfono o mensajes de texto. Entiendo que el uso y la divulgación de mi IIP se limitarán a Vifor Pharma, Inc., sus sucesores y sus agentes, excepto cuando lo exija la ley. Acepto que Vifor Pharma, Inc., sus sucesores o sus agentes se pongan en contacto conmigo en el futuro sobre estos programas.

Entiendo lo siguiente:

- Puedo recibir mi medicamento, aunque no firme este consentimiento
- Puedo recibir ayuda de Veltassa Konnect aunque no firme este consentimiento
- Este consentimiento para inscribirse en estos programas o recibir información de comercialización es voluntario
- Puedo cancelar mi inscripción o mi consentimiento para la comercialización en cualquier momento

Pueden ponerse en contacto conmigo (marque y complete todos los métodos por los que le gustaría que se pongan en contacto con usted):

Correo postal de los EE. UU. (use la dirección de la página 1) _____

Correo electrónico _____ @ _____

Teléfono (____) _____ - _____

Número de teléfono móvil para mensajes de texto (____) _____ - _____

Si proporciona su número de teléfono móvil para recibir mensajes de texto o llamadas, acepta recibir mensajes de marketing y de otra naturaleza en nombre de Vifor Pharma, Inc. mediante el sistema telefónico de discado automático. No es necesario este consentimiento para inscribirse en servicios de Vifor Pharma, Inc. ni comprar productos. Pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes de texto.

Entiendo que puedo cancelar o modificar esta Autorización en cualquier momento escribiendo a Vifor Pharma, Inc., 100 Cardinal Way, Redwood City, CA 94063. También puede ponerse en contacto con nosotros al 1-844-870-7597. Para obtener más información, puede ver la Política de privacidad de Vifor Pharma, Inc. en <https://www.viforpharma.com/en/about-vifor-pharma/data-privacy> o enviar un correo electrónico a privacy@viforpharma.com.

Para residentes en California: Entiendo que, sujeto a ciertas restricciones, puedo tener derecho a solicitar la divulgación de qué información personal se recopila sobre mí, y derecho a solicitar que Vifor Pharma, Inc. elimine la información personal que se recopile sobre mí y a optar por no aceptar la venta de información personal sobre mí. Vifor Pharma, Inc. no lo discriminará por ejercer sus derechos en virtud de la Ley de Privacidad del Consumidor de California (California Consumer Privacy Act, CCPA). Cualquier solicitud de divulgación o eliminación debe enviarse por escrito a Vifor Pharma, Inc., tal como se indica en la Política de privacidad de Vifor Pharma, Inc.



Nombre del paciente o representante legal del paciente
(en letra de imprenta)



Paciente o representante legal del paciente (firma)



Fecha

