

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 Konnect 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 Konnect will follow up directly with the patient to try to obtain consent.

	<p><i>Jane Doe</i></p> <p>Patient or Patient's Legal Representative Name (Print)</p>	<p><i>Jane Doe</i></p> <p>Patient or Patient's Legal Representative (Signature)</p>	<p>03/14/2021</p> <p>Date</p>
Describe representative's relationship to patient _____			

Page 3 (optional): PATIENT MARKETING CONSENT

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

	<p>You may contact me by (Please mark <input checked="" type="checkbox"/> and fill in all of the methods by which you would like to be contacted):</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> US Mail (<input checked="" type="checkbox"/> Use address from page 1)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Email <u>janedoe</u> @ <u>email.com</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Phone (<u>555</u>) <u>555</u> - <u>5555</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Text messaging mobile phone number (<u>555</u>) <u>555</u> - <u>5555</u></p> <p>By providing your mobile phone number for texts or calls, you agree to marketing and nonmarketing messages from and on behalf of Relypsa using an automated telephone dialing system. This consent is not required to enroll in Relypsa services or purchase any products. Standard text messaging rates may apply.</p>	
<p><i>Jane Doe</i></p> <p>Patient or Patient's Legal Representative Name (Print)</p>	<p><i>Jane Doe</i></p> <p>Patient or Patient's Legal Representative (Signature)</p>	<p>03/14/2021</p> <p>Date</p>

1. Complete each section and sign all pages.
2. Fax all pages to 1-888-623-7092.

QUESTIONS?
1-844-870-7597, Mon-Fri, 9 AM to 8 PM ET

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 Relypsa, Inc. (a Vifor Pharma Group Company), and companies and parties working with Relypsa (collectively "Relypsa" or "Vifor Pharma"), to perform a preliminary assessment of insurance verification and determine patient eligibility for the Relypsa 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 _____
(No stamps; dispense as written)



Date _____

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 Relypsa, Inc. (una compañía del grupo Vifor Pharma) y a las compañías y partes que trabajan con Relypsa (colectivamente, "Relypsa" o "Vifor Pharma") 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 Relypsa para los fines descritos a continuación. Entiendo que esta Autorización es voluntaria, pero Relypsa no puede proporcionarme servicios ni información sin ella.

Veltassa Konnect es un programa patrocinado por Relypsa 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, Relypsa 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 Relypsa 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 Relypsa puede ponerse en contacto conmigo por correo postal, correo electrónico, teléfono o mensaje de texto. Por lo general, Relypsa dejará mensajes de voz con información básica. Autorizo a Relypsa 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 Relypsa. Entiendo que mi tratamiento (incluido un producto de Relypsa), 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 Relypsa, Inc., PO Box 43848, Louisville, KY 40253. La cancelación de esta Autorización finalizará mi consentimiento después de la fecha en que Relypsa 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 Relypsa 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 Relypsa 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 Relypsa, Inc. (una compañía del grupo Vifor Pharma) y las compañías y partes que trabajan con Relypsa (colectivamente "Relypsa") o "Vifor Pharma") 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 Relypsa 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 Relypsa, 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 Relypsa, sus sucesores y sus agentes, excepto cuando lo exija la ley. Acepto que Relypsa, 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 Relypsa mediante el sistema telefónico de discado automático. No es necesario este consentimiento para inscribirse en servicios de Relypsa ni comprar productos. Pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes de texto.

Entiendo que puedo cancelar o modificar esta Autorización en cualquier momento escribiendo a Relypsa, Inc., PO Box 43848, Louisville, KY 40253. También puede ponerse en contacto con nosotros al 1-844-870-7597. Para obtener más información, puede ver la Política de privacidad de Relypsa en www.relypsa.com/privacy-policy o enviar un correo electrónico a privacy@relypsa.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 Relypsa elimine la información personal que se recopile sobre mí y a optar por no aceptar la venta de información personal sobre mí. Relypsa 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 Relypsa, tal como se indica en la Política de privacidad de Relypsa.



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



Paciente o representante legal del paciente (firma)



Fecha

