

Programa de apoyo VOWST Voyage™

Formulario de inscripción y receta

VOWST
Voyage™

Envíe por fax el formulario lleno al 1-888-234-6987.

Si necesita ayuda, sírvase llamar al 1-888-356-5444.

Todos los campos marcados con un asterisco (*) son obligatorios.

Nombre del paciente* Fecha de nacimiento*

1. DIAGNÓSTICO E INFORMACIÓN CLÍNICA*

☐ A04.71 Enterocolitis por *Clostridium difficile*, recurrente ☐ A04.72 Enterocolitis por *Clostridium difficile*, no especificada como recurrente† ☐ Otro (por favor, indíquelo)

Seleccione la documentación que se aporta con el formulario*

Cantidad de recurrencias*

☐ Notas del expediente del paciente ☐ Prueba de PCR ☐ Ensayo de toxinas ☐ Una ☐ Dos ☐ Tres o más

†No es el episodio inicial.

2. DATOS DEL TRATAMIENTO ANTIBACTERIANO

Se recomienda recetar VOWST al mismo tiempo que el tratamiento antibacteriano para garantizar que el paciente reciba VOWST en el momento adecuado.

Fecha de comienzo del tratamiento antibacteriano* Días de suministro* Cantidad de repeticiones

3. FARMACIA ESPECIALIZADA DE PREFERENCIA*

☐ Farmacia especializada Amber ☒ Farmacia especializada Orsini ☐ Sin preferencia

4. DATOS DEL PRESCRIPTOR

Nombre del prescriptor* (en letra de molde) Nombre del consultorio u hospital*

Dirección del consultorio* Ciudad/estado/código postal*

NPI del prescriptor* Nombre del contacto del consultorio*

Teléfono del contacto del consultorio* Fax del consultorio* Correo electrónico

Método preferido de contacto ☐ Teléfono ☐ Fax ☐ Correo electrónico

5. DATOS DE LA RECETA

VOWST

VOWST (esporas de microbiota fecal, live-brpk) cápsulas

1 toma = 4 cápsulas; Cantidad: 12

Repeticiones: 0

Instrucciones: Cada toma (4 cápsulas) debe hacerse con el estómago vacío, antes de la primera comida del día; el tratamiento dura 3 días.

KIT DE BIENVENIDA

Seleccione una opción*

☐ El paciente debe recibir un (1) frasco de 10 oz. de solución oral de laxante salino (citrato de magnesio) en el kit de bienvenida que se ofrece sin costo.

☐ El paciente va a usar un laxante distinto (no se incluye en el kit de bienvenida)†

†En los estudios clínicos, los participantes que tenían disfunción renal recibieron GoLYTELY® 250 mL, una solución de electrolitos y polietilenglicol no aprobada para este uso.

6. LLENE LA DECLARACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA Y CONSENTIMIENTO*

Con mi firma certifico que soy el profesional de la salud que recetó el tratamiento que se indica en este formulario. Asimismo certifico que he determinado de manera independiente que el citado tratamiento es médicamente necesario y que, a mi leal saber y entender, la información aportada en este formulario es exacta. Autorizo a Aimmune Therapeutics, Inc. (Aimmune) y a sus filiales, agentes, representantes y proveedores de servicios a actuar en mi nombre a los efectos de transmitir esta receta a la farmacia apropiada.

☐ Al marcar esta casilla, certifico que obtuve del paciente o de su representante personal todas las autorizaciones y los consentimientos pertinentes según la HIPAA y la legislación estatal para la entrega de datos médicos protegidos, incluidos los que figuran en este formulario, a Aimmune y a sus empleados o agentes para los fines relacionados con los programas de apoyo a los pacientes de Aimmune —tales como ayudar a los pacientes a determinar sus beneficios, a presentar solicitudes de preautorización o apelaciones, a obtener información y recursos sobre ayuda económica (por ejemplo, programa de ayuda con los copagos o de suministro gratuito de medicamentos)— para los cuales pueda ser elegible el paciente y otros apoyos para VOWST. Certifico que obtuve el consentimiento del paciente o de su cuidador para recibir comunicaciones (por correo electrónico, mensajes de texto, llamadas de operador, marcación automática o mensajes de voz grabada a los números de teléfono facilitados) de VOWST Voyage y/o de partes que actúen en su nombre en relación con los fines antes descritos y para otros fines no comerciales. Asimismo doy mi autorización para que Aimmune, VOWST Voyage y partes que actúen en su nombre me llamen a los números de teléfono facilitados, incluidas llamadas de marcación automática o mensajes de voz grabada.

Firma del prescriptor (dispensar la receta tal cual se indica) Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del prescriptor (se permiten sustituciones) Fecha (mm/dd/aaaa)

PARA EL PRESCRIPTOR
*CAMPO OBLIGATORIO



FIRMA Y
FECHA

Nombre del paciente* _____ Fecha de nacimiento* _____

7. DATOS DEL PACIENTE

Nombre* _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido* _____
(en letra de molde)

Fecha de nacimiento* _____ Género* ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Otro Idioma preferido _____
(mm/dd/aaaa)

Dirección* _____ Ciudad/estado/código postal* _____

Teléfono (marque el preferido)* ☐ Residencial _____ ☐ Celular _____

Dirección de correo electrónico _____

Nombre del representante autorizado del paciente _____ Número de teléfono _____

8. DATOS DEL SEGURO DEL PACIENTE

Cobertura (marque todo lo que corresponda):* ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Comercial/privado ☐ Veterans Health ☐ Otro ☐ Sin seguro

☐ Adjuntar copia de las tarjetas de seguro

Aseguradora principal*

Aseguradora

N.º de id.:

N.º de grupo

N.º de teléfono del seguro

Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente)

Relación con el paciente

Aseguradora secundaria

Aseguradora

N.º de id.:

N.º de grupo

N.º de teléfono del seguro

Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente)

Relación con el paciente

Nombre de la aseguradora de beneficios farmacéuticos (obligatorio para una tarjeta de beneficios farmacéuticos aparte)

Aseguradora

N.º de id.:

N.º de grupo

N.º BIN/PCN

N.º de teléfono del seguro

Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente)

Relación con el paciente

9. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE: PROGRAMA DE AYUDA AL PACIENTE ("PAP") DE VOWST:

Si desea solicitar la inscripción en el PAP de VOWST, marque por favor todas las casillas, llene los datos solicitados y firme al calce. Si desea hacer cualquier consulta sobre la elegibilidad y la inscripción en el PAP, comuníquese con los servicios de apoyo del programa VOWST Voyage.

- ☐ Comprendo que si mi seguro no cubre mi tratamiento con VOWST, quizá sea elegible para participar en el PAP. Autorizo al programa a verificar mi elegibilidad. Certifico que los ingresos de mi hogar son de \$ _____ /año y que en mi hogar residen _____ personas. Sé que, en el marco de determinar mi elegibilidad para el PAP, los ingresos de mi hogar podrían quedar sujetos a verificación.
- ☐ Comprendo que Aimmune Therapeutics, Inc. y sus filiales, agentes y contratistas (Aimmune) podrían solicitarme documentación a mí, a mi empleador, a mi proveedor de atención médica o a mi aseguradora con el fin de verificar mis datos económicos. Aimmune podrá recabar información de mi perfil de crédito de TransUnion a fin de verificar que cumpla los requisitos de ingresos para el PAP. Comprendo que estoy dando a Aimmune las "instrucciones por escrito" estipuladas por la Ley de Reporte Justo de Crédito (*Fair Credit Reporting Act*, "FCRA") autorizando a Aimmune a recabar de TransUnion información de mi perfil de crédito u otra información a los exclusivos efectos de determinar si cumpla los requisitos económicos de participación en el PAP. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito.
- ☐ Declaro que, a mi leal saber y entender, la información que he aportado en este formulario es exacta. Comprendo que al inscribirme en el PAP acepto cumplir los requisitos del PAP. Comprendo que Aimmune no declara ni garantiza mi elegibilidad para participar en el PAP. Participar en el PAP no me obliga a usar ningún proveedor de atención médica específico y soy libre de cambiar de proveedor en cualquier momento. Declaro que ni yo ni nadie en mi nombre pediremos a ningún programa gubernamental de atención médica ni a ninguna otra aseguradora o tercero pagador, cuenta de ahorro para gastos médicos (*health savings account*) o cuenta de gastos flexibles (*flexible spending account*) un reembolso por ningún producto que yo haya recibido en el marco del PAP. Comprendo que el PAP se reserva el derecho de pedirme más documentación a fin de determinar mi elegibilidad para el programa y podría verificar de manera independiente los datos aportados. Comprendo mi obligación de informar al PAP si cambian mis circunstancias económicas, mi seguro o cualquier otro criterio de elegibilidad. Comprendo que Aimmune se reserva el derecho de modificar o suspender el PAP, total o parcialmente, en cualquier momento y sin aviso previo.

Si lo firma un representante del paciente:

FIRMA

Firma del paciente o el representante del paciente

Fecha: _____

Nombre en letra de molde

Número de teléfono del representante del paciente

Nombre del paciente*

Fecha de nacimiento*

10. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE DE VOWST

Por este medio autorizo a mis proveedores de atención médica, planes médicos y farmacias y a sus respectivos contratistas y agentes ("mis organizaciones de atención médica") a compartir mis datos personales y médicos ("mis datos") relacionados con mi tratamiento de Aimmune con Aimmune Therapeutics, Inc. y sus filiales, agentes y contratistas (colectivamente, "Aimmune") según se describe a continuación.

Autorizo a mis organizaciones de atención médica a compartir mis datos con Aimmune para que Aimmune: (1) se comunique conmigo, con mis organizaciones de atención médica o con otros que yo haya indicado en relación con mi enfermedad o tratamiento; (2) confirme mi elegibilidad para el plan médico y mis beneficios de dicho plan y determine si cumpla los requisitos para los programas de ayuda económica; (3) me brinde apoyo con los reembolsos; (4) se comunique conmigo para actividades empresariales internas, como el control de calidad, las encuestas de mejora del apoyo y los estudios de mercado; (5) me envíe información comercial, ofertas y materiales educativos relacionados con *Clostridioides difficile* y/o con tratamientos de Aimmune, incluido VOWST Voyage; y (6) use y transmita mis datos por motivos de seguridad o por imperativo legal. Comprendo que si no firmo este formulario no se verán afectados mi tratamiento ni el pago por el tratamiento que me brindan mis proveedores de atención médica y la farmacia, pero no tendré acceso al apoyo de Aimmune antes descrito. Comprendo que mis proveedores de servicios de farmacia y/o sus contratistas podrían recibir remuneración económica de Aimmune por transmitir a Aimmune mis datos y por brindarme servicios de apoyo a mí, como por ejemplo enviarme comunicaciones, en virtud de esta autorización.

Comprendo que, una vez que mis datos se hayan transmitido a Aimmune, podrían perder el amparo de la legislación federal sobre privacidad y podrían ser transmitidos a terceros. Podré cancelar esta autorización en cualquier momento notificándoselo a Aimmune al 1-888-356-5444 o enviando un aviso por escrito a P.O. Box 592188, Orlando, FL 32859 o a info@vowstsupport.com. Mi cancelación no entrará en vigor hasta que Aimmune la reciba y Aimmune se lo comunique a mis organizaciones de atención médica, y no será aplicable a ningún dato que se haya transmitido en virtud de esta autorización antes de mi cancelación. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada, la cual vencerá al cabo de diez (10) años o del plazo exigido por el estado donde resido, contado a partir del día en que yo la haya firmado, lo que resulte menor.

ACEPTACIÓN DE LAS TELECOMUNICACIONES (OPCIONAL)

☐ Marco esta casilla para que Aimmune y sus filiales (o terceros en su nombre) me envíen herramientas y recursos no comerciales mediante llamadas o mensajes de texto a los números de teléfono que indiqué, a fin de apoyarme con mi proceso de tratamiento con VOWST. Comprendo que estas comunicaciones se podrán enviar mediante marcación automática o mensajes de voz grabada/artificial a los números de teléfono que indico. Podrían ser aplicables tarifas de mensajes y datos. Mensajes recurrentes; la frecuencia podría variar.

Si lo firma un representante del paciente:

FIRMA

Fecha:

Firma del paciente o el representante del paciente

Nombre en letra de molde

Número de teléfono del representante del paciente



Todas las marcas registradas son propiedad de Société des Produits Nestlé S.A. (Vevey, Suiza) o se usan con autorización.

GoLYTELY es una marca comercial registrada de Braintree Laboratories, Inc.

© 2025 Nestlé. VOW-PM-USA-0640 10/25

PARA EL PACIENTE