

# FINTEPLA Prescription Authorization and Patient Referral Form

## Instructions

Please fax the following documents to Zogenix Central at 1-888-250-6103:

1. This FINTEPLA Prescription Authorization and Patient Referral Form.
2. A copy of all insurance cards (front and back). Ensure drug benefit card/information is included.
3. A copy of patient's clinical chart notes.

Patient or caregiver to sign section 3 of this form before submitting both pages.

Please fill out the fields below. All fields are required unless noted otherwise.

## SECTION 1: PATIENT/INSURANCE INFORMATION

### Patient Information

First Name:	Last Name:	Date of Birth (MM/DD/YYYY):	Gender:
Address Line 1:		Address Line 2 (optional):	
City:		State:	ZIP Code:
Home Phone #:	Work #:	Cell #:	Preferred Contact Number: (optional) Home: <input type="checkbox"/> Work: <input type="checkbox"/> Cell: <input type="checkbox"/>
Best Time to Call (optional): <input type="checkbox"/> Morning <input type="checkbox"/> Midday <input type="checkbox"/> Evening		Can We Leave a Message? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Email (optional):		Preferred Language: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other	
Caregiver Name:	Relationship to Patient:	Caregiver Phone # (if different from above):	

Insurance Information - Attach a copy (front and back) of patient's insurance card(s).

Check if the patient does not have insurance.

Primary Insurance Name:	Secondary Insurance Name (if available):
Phone #:	Phone #:
Policy Holder's Name:	Policy Holder's Name:
Policy Holder's Date of Birth (MM/DD/YYYY):	Policy Holder's Date of Birth (MM/DD/YYYY):
Policy Holder's Relationship to Patient:	Policy Holder's Relationship to Patient:
Policy #: Group #:	Policy #: Group #:
Prescription Drug Insurer:	Prescription Drug Insurer:
Rx Phone #:	Rx Phone #:
Rx PCN #:	Rx BIN #:

## SECTION 2: PRESCRIBER INFORMATION & PRESCRIPTION

This section will be completed by the doctor.

Prescriber Name:	Tax ID #:		
Address:	Name of Contact Person:		
NPI:	DEA:	Phone #:	Fax #:

### Prescription (to be completed for all patients)

Drug: FINTEPLA (fenfluramine) 2.2 mg/mL oral solution, CIV			
Sig. Take:			mL Twice Daily:
Patient's Weight (kg):	Quantity:	Days' Supply:	Refills:
Special Instructions:			

Suggested Titration Schedule*		
	Fenfluramine 2.2 mg/mL Oral Solution, CIV	Maximum Daily Dose
Starting Dose	0.10 mg/kg twice daily	26 mg
Day 7	0.20 mg/kg twice daily	26 mg
Day 14	0.35 mg/kg twice daily	26 mg

\*If patient is taking stiripentol, see full Prescribing Information for dose adjustments and maximum dosage.

### Diagnosis

Seizures are associated with Dravet syndrome (DS)  ICD-10 Code: \_\_\_\_\_  Other (please specify): \_\_\_\_\_

Describe how diagnosis was made (attach supporting documentation/test results): \_\_\_\_\_

Select if the patient has had trial and failure of, contraindication to, or intolerance to any of the following medications:

Divalproex  Topiramate  Clobazam  Valproate/Valproic acid  Other anticonvulsant(s)  Epidiolex  Stiripentol

Does patient have any allergies?  Yes  No List the allergies: \_\_\_\_\_

### Prescriber Agreement

By signing below, I certify the following:

1. The above therapy is medically necessary and in the best interest of the named patient.
2. I have received the appropriate permission from the patient (or the patient's legal representative).
3. I have met any other applicable legal or regulatory requirements, such as those required by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 and/or state law needed to give the above information to Zogenix Inc. and its agents.
4. I have received the patient's authorization to share the above information and other information as may be required by AnovoRx Manufacturer Services, LLC as Zogenix Inc.'s agent and its employees to assist in getting coverage for this drug.
5. I appoint AnovoRx Manufacturer Services, LLC as my agent for the purposes of conveying this prescription to the appropriate dispensing pharmacy; verifying the patient's insurance coverage for FINTEPLA; providing information regarding payer coverage and benefits and how to prepare prior authorization requests, coverage determination appeals, or other coverage issues; and providing my patient and me with educational and support services associated with FINTEPLA.



Dispense as Written: \_\_\_\_\_

(Stamped Signatures Are Not Valid)

Print Name: \_\_\_\_\_

Substitution Allowed: \_\_\_\_\_

(Stamped Signatures Are Not Valid)

Date: \_\_\_\_\_

**FINTEPLA New Patient Information** (Note: To be completed by prescriber for new patient only or if the existing patient's information has changed. Patient must be enrolled in the FINTEPLA REMS Program prior to sending prescription.)

Please visit [www.FinteplaREMS.com](http://www.FinteplaREMS.com) to download the *Patient Enrollment Form*.

Patient's echocardiogram (echo) has been scheduled and/or completed:  Yes  No

If yes: Patient's echo appointment date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Echo location: \_\_\_\_\_ Phone number of echo location: \_\_\_\_\_

If you need help scheduling an echo, you can always contact a Zogenix Central Care Coordinator for guidance.

### SECCIÓN 3: AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LOS SERVICIOS DE APOYO DE ZOGENIX CENTRAL

➡ Esta sección debe ser completada y firmada por el nuevo paciente o su cuidador.

**Requerido para inscribirse en Zogenix Central. Este formulario debe completarse solo una vez para la inscripción. Al firmar esta Autorización, acepto lo siguiente:**

Autorizo a mis proveedores de atención médica, planes de salud y proveedores de farmacia a divulgar mi información médica personal, incluida la información relacionada con mi afección médica, tratamiento, gestión de la atención y seguro médico, así como toda la información proporcionada en este formulario y cualquier información sobre mis recetas ("Información médica personal") a Zogenix Central y sus representantes, agentes, contratistas y filiales (en conjunto, "Zogenix Inc.") para que Zogenix Inc. brinde los servicios de apoyo para medicamentos.

Asimismo, autorizo a Zogenix Inc. a usar y divulgar mi Información médica personal a terceros, incluidos, entre otros, farmacias especializadas, planes de salud, compañías aseguradoras y programas de asistencia para pacientes exclusivamente para dichos servicios de apoyo para medicamentos de Zogenix Central, lo que incluye la investigación de los beneficios, la elegibilidad y la cobertura del seguro; la asistencia económica para copagos o pagos directos; la elegibilidad para el suministro gratuito de medicamentos; la coordinación de la atención; la coordinación de la entrega de medicamentos; y la comunicación conmigo por correo postal, correo electrónico, mensaje de texto o teléfono. Confirmando que soy el titular del/los número/s de teléfono móvil proporcionados y acepto notificar a Zogenix Central inmediatamente si alguno de mis números cambia en el futuro. Comprendo que es posible que se apliquen las tarifas de datos y mensajería de mi proveedor de servicios de Internet inalámbrico. Comprendo que puedo dejar de recibir mensajes de texto si respondo STOP a cualquier mensaje de texto. También comprendo que, en el futuro, si me vuelvo a suscribir para recibir mensajes, me pueden proporcionar términos y condiciones adicionales del servicio de mensajes de texto como parte de un mensaje de confirmación de la suscripción. Además, otorgo mi consentimiento para recibir mensajes de correo electrónico comerciales, cartas o recursos educativos de Zogenix Inc.

Comprendo que, una vez que mi Información médica personal se divulgue a terceros conforme a esta Autorización, es posible que deje de estar protegida por las leyes de privacidad estatales y federales, y podría ser divulgada por Zogenix Inc. u otros destinatarios. Comprendo que la firma de esta Autorización es voluntaria, pero que, si decido no firmar esta Autorización, no seré elegible para participar en Zogenix Central y recibir sus servicios y beneficios para los cuales puedo reunir los requisitos. También comprendo que mi tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios de seguro, incluido mi acceso a la terapia, no están condicionados a mi firma en esta Autorización. El único aspecto condicionado a mi firma es la elegibilidad para Zogenix Central. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia firmada de esta Autorización.

Puedo optar por cancelar esta Autorización en cualquier momento y dejar de recibir los servicios de Zogenix Central. Si decido cancelarla, debo hacerlo por escrito enviando un aviso de la cancelación a la siguiente dirección: Zogenix Central, 1710 N Shelby Oaks Dr, Ste 3, Memphis, TN 38134. El personal de Zogenix Central notificará la cancelación a todos los proveedores de atención médica, planes de salud y proveedores de farmacia que hayan recibido la Autorización. Sin embargo, también comprendo que dicha cancelación no se aplicará a la información ya utilizada o divulgada en virtud de esta Autorización antes de que Zogenix Inc. reciba la cancelación. Esta Autorización vence a los diez (10) años a partir de la fecha que se indica junto a la firma a continuación.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Yo, el paciente o tutor legal, autorizo a la siguiente persona a actuar como mi representante. Esta persona tiene mi total permiso para obtener y divulgar información médica personal a Zogenix Inc.**

➡ Firma del paciente o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del representante del paciente: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_