

FINTEPLA Prescription Authorization and Patient Referral Form

Please complete all fields and fax the form and attachments to **1-888-250-6103** or submit the form and attachments on the Provider Portal (**ONWARDProviderPortal.com**).

SECTION 1: PATIENT/INSURANCE INFORMATION Attach a copy (front and back of insurance card[s])

First Name:		Last Name:		Date of Birth (MM/DD/YYYY): / /		Gender:	
Address Line 1:				Address Line 2 (optional):			
City:			State:		ZIP Code:		
Preferred Phone #: - -			Other Phone #: - -				
Caregiver Name:			Relationship to Patient:		Caregiver Phone # (if different from above): - -		
Primary Insurance Name:				Secondary Insurance Name (if available):			
Phone #: - -				Phone #: - -			
Policy Holder's Name:				Policy Holder's Name:			
Policy #:		Group #:		Policy #:		Group #:	

SECTION 2: PRESCRIBER INFORMATION & PRESCRIPTION Completed by the doctor

Prescriber Name:			Tax ID #:			
Address:			Name of Contact Person:			
City:		State:	ZIP Code:	Phone #: - -		Fax #: - -
NPI:						

Prescription (to be completed for all patients)

Drug: FINTEPLA (fenfluramine) 2.2 mg/mL oral solution	
Patient's Weight: _____ kg	Gastric Feeding Tube <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Sig. Take _____ mL (round to the nearest tenth) PO BID for _____ days, Take _____ mL (round to the nearest tenth) PO BID for _____ days, Take _____ mL (round to the nearest tenth) PO BID thereafter	
Special Instructions:	
Quantity (based on maintenance dose): _____ mL Days' Supply: _____ Refills: _____	

Suggested Titration Schedule*

	Weight-based dosing [†]	Calculated Dose Examples for Patients Weighing:		
		22 kg	44 kg	66 kg
Initial Dose	0.1 mg/kg BID	1 mL BID	2 mL BID	3 mL BID
Titration Dose (Day 7)	0.2 mg/kg BID	2 mL BID	4 mL BID	5.9 mL BID
Maintenance Dose (Day 14)	0.35 mg/kg BID	3.5 mL BID	5.9 mL BID	5.9 mL BID
Maximum total daily dose mg: 26 mg* (13 mg BID)		Maximum total daily dose mL: 11.8 mL* (5.9 mL BID)		

*If patient is taking stiripentol or a strong CYP1A2 or CYP2D6 inhibitor; has severe renal impairment; or has mild, moderate, or severe hepatic impairment, see full Prescribing Information for dose adjustments and maximum dosage.
[†]To calculate: Weight (kg) x dosage (mg/kg) ÷ 2.2 mg/mL = mL dose BID.

Diagnosis (Describe how diagnosis was made and attach supporting documentation/test results)

Seizures are associated with: Dravet syndrome (DS) Lennox-Gastaut syndrome (LGS)

ICD-10 Code: G40.83 (DS); Polymorphic epilepsy in infancy (PMEI); Severe myoclonic epilepsy in infancy (SMEI)
 G40.833 (DS) intractable, with status epilepticus G40.834 (DS) intractable, without status epilepticus
 G40.81 (LGS) G40.811 (LGS) not intractable, with status epilepticus
 G40.812 (LGS) not intractable, without status epilepticus G40.813 (LGS) intractable, with status epilepticus
 G40.814 (LGS) intractable, without status epilepticus Other ICD-10 _____

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

<input type="checkbox"/> Banzel (rufinamide)	<input type="checkbox"/> Depakote, Depakene (divalproex sodium, valproic acid)	<input type="checkbox"/> Diacomit (stiripentol)
<input type="checkbox"/> Epidiolex (cannabidiol)	<input type="checkbox"/> Felbatol (felbamate)	<input type="checkbox"/> Keppra, Elepsia, Spritam (levetiracetam)
<input type="checkbox"/> Lamictal (lamotrigine)	<input type="checkbox"/> Luminal, Solfoton (phenobarbital)	<input type="checkbox"/> Onfi, Sympazan (clobazam)
<input type="checkbox"/> Zaronin (ethosuximide)	<input type="checkbox"/> Zonegran (zonisamide)	<input type="checkbox"/> Topamax, Qudexy (topiramate)
<input type="checkbox"/> Other anticonvulsant(s)		

Does patient have any allergies? Yes No List the allergies: _____

Prescriber Agreement

By signing below, I certify the following:

The above therapy is medically necessary and in the best interest of the named patient. I have received the appropriate permission from the patient (or the patient's legal representative). 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 UCB, Inc. and its agents. 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 UCB, Inc.'s agent and its employees to assist in getting coverage for this drug. 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: _____ Substitution Allowed: _____

Print Name: _____

Date: / /

SECCIÓN 3: AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LOS SERVICIOS DE APOYO DE ONWARD™ SUPPORT SERVICES

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

**Requerido para inscribirse en ONWARD. 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 ONWARD y sus representantes, agentes, contratistas y filiales (en conjunto, "UCB, Inc.") para que UCB, Inc. brinde los servicios de apoyo para medicamentos.

Asimismo, autorizo a UCB, 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 ONWARD, 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 ONWARD 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 UCB, 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 UCB, 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 ONWARD 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 ONWARD. 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 ONWARD. Si decido cancelarla, debo hacerlo por escrito enviando un aviso de la cancelación a la siguiente dirección: ONWARD, 1710 N Shelby Oaks Dr, Ste 3, Memphis, TN 38134. El personal de ONWARD 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 UCB, 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 UCB, Inc.

➡ Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del representante del paciente: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____