

PLEASE FAX TO **833-501-2400**
OR ENROLL ONLINE AT **CHIMERIXCARES.COM**

ChimerixCares partners with a specialty pharmacy to provide benefit verification, prior authorization, claims support, and delivery services.

Please check all that apply for additional services^a:

TEMPORARY SUPPLY

Complete temporary supply prescription in section 5

QuickStart for new patients

Bridge program for patients with a lapse in supply

Patient assistance program (no insurance) EAP transition. EAP Site: _____ Investigator Name: _____

1. PATIENT INFORMATION

First name: _____ Last name: _____ DOB: ____/____/____ Sex: M F Prefer not to say
Mailing address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Email: _____ Primary phone: (____) ____ - _____ Phone type: Cell Home
Authorized contact name: _____ Relation to patient: _____ Phone: (____) ____ - _____

2. INSURANCE INFORMATION – Please attach a copy of the patient's insurance card(s), front and back

Insurance name: _____ Phone: (____) ____ - _____
Type: Medicare Medicaid Commercial Other Insured name: _____
ID#: _____ Group#: _____ RxBIN#: _____ RxPCN#: _____

3. PATIENT FINANCIAL INFORMATION – Only required if applying for financial assistance

Gross annual household income: _____ Number of household members (including applicant): _____

4. PRESCRIBER INFORMATION

Name: _____ Practice name: _____ NPI: _____
Phone: (____) ____ - _____ Fax: (____) ____ - _____ Practice contact name: _____

5. PRESCRIPTION SECTION – If necessary, attach a separate prescription to meet your state's requirements

ICD-10 Code: _____ Date of Diagnosis: ____/____/____
Has a tumor biopsy been completed?: Yes No If no, specify reason: _____
Tumor location: Midline Non-midline Confirmed H3 K27M mutation?: Yes No
Is the patient currently taking MODEYSO?: No Yes If yes, what was the last fill date?: ____/____/____
Current and prior treatment (check all that apply): Radiotherapy Surgery Chemotherapy Other: _____
Height: _____ (inches) Weight: _____ (kg) Date Collected: ____/____/____

PRESCRIPTION

MODEYSO is supplied as 125mg capsules. (Check one):

Patient Weight	Instructions for Use
10 kg to less than 12.5 kg	Take one capsule (125mg) once per week
12.5 kg to less than 27.5 kg	Take two capsules (250mg) once per week
27.5 kg to less than 42.5 kg	Take three capsules (375mg) once per week
42.5 kg to less than 52.5 kg	Take four capsules (500mg) once per week
52.5 kg and above	Take five capsules (625mg) once per week
Other:	Other:

Dispense quantity needed for 28-day supply with _____ refills.

TEMPORARY SUPPLY PRESCRIPTION

Complete this section only for QuickStart or Bridge prescription

MODEYSO is supplied as 125mg capsules. (Check one):

Patient Weight	Instructions for Use
10 kg to less than 12.5 kg	Take one capsule (125mg) once per week
12.5 kg to less than 27.5 kg	Take two capsules (250mg) once per week
27.5 kg to less than 42.5 kg	Take three capsules (375mg) once per week
42.5 kg to less than 52.5 kg	Take four capsules (500mg) once per week
52.5 kg and above	Take five capsules (625mg) once per week
Other:	Other:

Dispense quantity needed for 28-day supply with 0 refills.

PRESCRIPTION CERTIFICATION

By signing, I certify that (a) the above-prescribed therapy is medically necessary and, (b) I have received from the patient identified above, or his/her personal representative, all necessary consents, authorizations and permissions to release, in accordance with applicable federal and state privacy laws and regulations, medical and other patient information to Chimerix, Inc. and its affiliates and vendors to use and disclose the information for the purposes outlined in the patient authorization, including for the purpose of seeking information related to coverage for the therapy(ies) and/or assisting in initiating or continuing therapy and to provide financial assistance to the patient. I understand that I am under no obligation to prescribe any Chimerix, Inc. product and that I have not received, nor will I receive, and benefit from Chimerix, Inc. for doing so. I understand that neither I nor the patient may seek reimbursement from any government program or third-party insurer for any free product received under the program.

Prescriber Signature: _____ Date: ____/____/____

^aPatients must enroll in ChimerixCares with a signed authorization. There is no guarantee of approval for these programs. CHIMERIX reserves the right to terminate or modify these programs at any time with or without notice. Other terms and conditions apply.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN PERSONAL A CHIMERIX

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: (____) ____-____

Nombre del representante del paciente (si corresponde): _____ Relación con el paciente: _____

Por la presente autorizo y ordeno a mi(s) médico(s) prescriptor(es) y a su personal, a mi(s) seguro(s) médico(s) y a la farmacia especializada que va a dispensar mi receta médica (la "farmacia"), a divulgar la siguiente información ("información personal") a Chimerix, incluidas sus filiales y proveedores (en conjunto, "Chimerix") para cualquier programa y actividad de apoyo al paciente incluidos en el programa Chimerix Cares:

- Información sobre mí, que incluye mi nombre, datos demográficos e información de contacto, fecha de nacimiento e información financiera;
- información relativa a mi salud y tratamiento con fármacos Chimerix, incluidos los diagnósticos y recetas pertinentes; e
- información sobre las prestaciones de mi seguro médico, incluidos los beneficios, deducibles y los gastos de bolsillo.

Autorizo a Chimerix a utilizar y divulgar la información personal que reciba como resultado de este formulario para los siguientes fines:

(i) operar, administrar, inscribirme o continuar mi participación en el programa de Chimerix Cares o en cualquier otro servicio de apoyo al paciente y actividades relacionadas con mi afección o tratamiento asociadas a Chimerix, incluido el uso de una herramienta de selección financiera de terceros para evaluar mi elegibilidad financiera para ciertos programas de Chimerix Cares; (ii) verificar, investigar, coordinar y resolver consultas de cobertura de seguros o reembolsos y el pago de fármacos Chimerix; (iii) coordinar mi recepción y el pago de los fármacos Chimerix; (iv) que me contacten por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto sobre cualquier programa y actividad de apoyo al paciente patrocinado por Chimerix, incluido el programa Chimerix Cares (esto puede incluir materiales educativos complementarios, información, ofertas y servicios relacionados con mi terapia o mi afección médica, u oportunidades para participar en investigaciones, grupos focales, encuestas o entrevistas); (v) contactar y proporcionar mi información personal a organizaciones de defensa del paciente, programas de asistencia al paciente, asistencia con copagos o programas similares para determinar la elegibilidad para la cobertura e inscripción; (vi) anonimizar mi información personal y recogerla con fines de investigación; (vii) gestionar programas y actividades de apoyo al paciente patrocinados por Chimerix, incluido el programa Chimerix Cares, y fines administrativos que respalden estos servicios y programas; y (viii) para otros fines comerciales relacionados con Chimerix.

Autorizo a Chimerix a que se comunique conmigo usando la información de contacto proporcionada a Chimerix a través de diversos medios, incluidos correo electrónico, correo postal, teléfono, fax o SMS/texto (si otorgo mi consentimiento marcando la casilla a continuación) para los fines descritos anteriormente, a menos que decida no recibir estas comunicaciones contactando a Chimerix usando la información de contacto a continuación. Comprendo que la operación y administración de algunos de estos servicios y/o programas pueden requerir que Chimerix se comunique conmigo por teléfono o SMS/texto.

Entiendo que Chimerix puede comunicar a mi(s) médico(s) prescriptor(es) y a su personal, a mi(s) seguro(s) médico(s) o a la farmacia, cualquier información personal sobre mí que Chimerix pueda crear o recibir. Comprendo que a mi(s) seguro(s) médico(s), farmacia y proveedor(es) externo(s) pueden recibir remuneración (pago) a cambio de que me presten servicios de apoyo para los fines descritos anteriormente.

Entiendo que después de que se divulgue mi información personal, puede estar sujeta a una nueva divulgación y dejar de estar protegida por las leyes federales de privacidad.

Sin embargo, Chimerix no divulgará mi información personal a un tercero que no esté relacionado con los programas de apoyo al paciente (como un miembro de la familia o amigo) a menos que yo autorice específicamente a Chimerix a hacerlo. Si solicito que una persona o entidad distinta a Chimerix reciba mi información personal, entiendo que el receptor puede no estar sujeto a leyes de privacidad y que la información personal podría ser divulgada de nuevo por el receptor.

Comprendo que puedo negarme a firmar este formulario y mi negativa no afectará al tratamiento que reciba de mi(s) médico(s) prescriptor(es) y de su personal, de mi(s) seguro(s) médico(s) y de la farmacia, ni afectará mi inscripción o elegibilidad para los beneficios del seguro médico a los que de otro modo tengo derecho. También comprendo que puedo revocar este formulario en cualquier momento en el futuro, pero, de ser así, puedo dejar de ser elegible para participar en actividades y programas de apoyo al paciente patrocinados por Chimerix, incluido el programa Chimerix Cares.

Entiendo que, si revoco este formulario, la revocación no afectará a los usos y divulgaciones de mi información personal que ya se hayan producido en virtud de este formulario.

Este formulario seguirá siendo válido hasta la finalización de la inscripción en los programas y actividades de apoyo al paciente patrocinados por Chimerix, incluido el programa Chimerix Cares, a menos que la ley estatal exija un plazo más breve. También puedo revocarlo antes llamando al 1-844-302-4379 o enviando mi solicitud a: 13410 Eastpoint Centre Drive Louisville, KY 40223.

Entiendo que se puede modificar o finalizar el programa en cualquier momento sin notificación previa. Entiendo que puedo solicitar una copia de este formulario que está archivado en Chimerix.

Puede encontrar más información sobre las prácticas de privacidad de Jazz Pharmaceuticals (la compañía matriz de Chimerix) en <https://www.jazzpharma.com/privacy-statement/>. Si reside en California, también puede encontrar una descripción de la información personal recopilada por Jazz Pharmaceuticals y sus derechos en virtud de la Ley de Privacidad del Consumidor de California en este sitio web: <https://www.jazzpharma.com/privacy-statement/supplemental-notice-for-california-consumers/>. Confirmando que la información proporcionada es verdadera y correcta. Si soy el cuidador del paciente, confirmo que estoy autorizado para firmar en nombre del paciente.

Consentimiento de Validación de Ingresos

Entiendo y autorizo a Chimerix y a sus afiliados y proveedores a recurrir a una empresa de servicios financieros externa para que lleve a cabo una validación de ingresos a fin de determinar la elegibilidad para los programas de asistencia al paciente. Si se encuentran discrepancias durante esta validación, es posible que Chimerix Cares solicite documentación justificante de ingresos adicional.

Si prefiere no otorgar su consentimiento para una validación de ingresos, marque la casilla. Al optar por no participar en la validación de ingresos, deberá proporcionar documentación de prueba de ingresos para determinar su elegibilidad para el programa de asistencia al paciente.

Consentimiento para comunicaciones telefónicas (Consentimiento TCPA)

Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para que Chimerix me llame y envíe mensajes de texto al (a los) número(s) de teléfono proporcionado(s) con comunicaciones promocionales relacionadas con los fármacos y servicios de Chimerix y/o mi afección o tratamiento (pueden aplicarse tarifas de mensajería de texto estándar). Puedo responder STOP (DETENER) para darme de baja en cualquier momento.

Autorización para compartir información médica

Firma del paciente o representante del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del representante del paciente: _____

Número de teléfono del representante del paciente: (____) ____-____

Consentimiento para el programa Chimerix Cares

Firma del paciente o representante del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del representante del paciente: _____

Número de teléfono del representante del paciente: (____) ____-____

¿Preguntas? Llame al **1-844-30-CARES (22737)** o visite **chimerixcares.com**

