

EGRIFTA WR™ Enrollment Form

· THERA patient support™



Please ensure all sections of the form are completed in full, with supporting documents included.

To enroll, fax all documents to 1-855-836-3069.

Questions? Contact a Thera patient support® Patient Care Coordinator at 1-833-23THERA (1-833-238-4372), Mon–Fri 8:30 a.m. – 8 p.m. EST.

1. Patient Information

First Name _____	Date of Birth (MM/DD/YY) _____	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Last Name _____	Preferred Language <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Other _____	
Address _____	Phone Number _____	
City _____ State _____	Best Time to Contact <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Other _____	
ZIP _____ SSN (last 4 digits) _____	<input type="checkbox"/> OK to Leave Message	
	Email _____	
Alternate Contact/Caregiver _____	Phone Number _____	
Relationship to the Patient _____		

2. Medical History

The patient is currently receiving antiretroviral therapy (ART) Yes No

Concomitant Medications: _____

Please provide the patient's:

Fasting Blood Glucose _____ mg/dL BMI _____ kg/m²

Waist Circumference _____ cm Hip Circumference _____ cm

Waist-to-Hip Ratio _____

Waist-to-Hip Ratio = Waist Circumference ÷ Hip Circumference

3. Insurance Information

Patient does not have insurance Patient has insurance

Please complete the information on the right and include copies of the front and back of the insurance card(s).

Note: Prescriptions cannot be processed unless copies of both sides of insurance card(s) are included.

Prescription Drug Insurer/Pharmacy Benefit Manager (PBM) _____

Phone Number _____

Policy # _____

Rx BIN # _____

Rx Group # _____

Rx PCN # _____

4. Prescriber Information

First Name _____	NPI # _____
Last Name _____	Tax ID # _____
Specialty _____	State License # _____
Office/Clinic/Institution _____	Office Contact _____
Address _____	Office Phone Number _____
City _____ State _____	Office Fax _____
ZIP _____	Office Email _____

5. Prescription

Rx: EGRIFTA WR™ (tesamorelin) for injection 11.6 mg per vial/week NDC 62064-381-04 [4 vials for 28 days]

Dosage and Directions for Use: Inject 1.28 mg of EGRIFTA WR™ (0.16 ml) subcutaneously once daily. Each 11.6 mg EGRIFTA WR™ vial provides the daily doses for 7 consecutive days. Four vials are needed for 28 days.

Diagnosis (ICD-10): B20 Human Immunodeficiency Virus (HIV) Disease E88.14 HIV-Associated Lipodystrophy Other _____

Dispense Injection Kit Dispense: 28-day supply with 12 Refills Other _____

Dispense: 84-day supply with 4 Refills Other _____

Note: Diagnosis and diagnosis code are mandatory for processing of this form.

Additional Instructions _____

Preferred Pharmacy Name _____	Address _____
Phone Number _____	City _____ State _____ ZIP _____

6. Prescriber Authorization and Signature

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 EGRIFTA WR™ 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 Theratechnologies Inc., and parties working with Theratechnologies Inc., to perform a preliminary assessment of insurance verification and determine patient eligibility for the THERA patient support® 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 under the program. State Prescription Requirements: The physician is to comply with their state-specific prescription requirements such as e-prescribing, state-specific prescription form, fax language, etc. Non-compliance of state-specific requirements could result in outreach to the prescriber.

Check one:

<input type="checkbox"/> Prescriber's Signature _____ (no stamps; dispense as written) Date _____	<input type="checkbox"/> Prescriber's Signature _____ (no stamps; substitution permissible) Date _____
---	--

Note: Physician needs to sign and date in order for the prescription to be filled.

Autorización y firma del paciente

Autorización del paciente para utilizar y divulgar Información médica protegida

Autorizo a los proveedores de atención médica y al personal que participe en la atención que se me proporcione a divulgar mi Información médica protegida (según se define a continuación), incluida mi historia clínica y otra información médica indicada en mi formulario de Declaración de necesidad médica u otros formularios y registros que puedan contener información creada por otras personas, entidades, médicos y proveedores de atención médica; información relacionada con el diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA, incluidos los resultados de las pruebas de VIH, así como información relacionada con los servicios de tratamiento de trastornos por uso de sustancias y servicios de salud mental (excluida la información relativa a psicoterapia) (en su conjunto, "Información médica protegida"), a Theratechnologies Inc. y a sus agentes, representantes y proveedores de servicios directos e indirectos (colectivamente, "Theratechnologies"), para que Theratechnologies pueda:

1. Facilitar el suministro de mi receta médica y la entrega y administración de productos de Theratechnologies, incluida la divulgación o redivulgación de Información médica protegida a las farmacias;
2. Ayudarme a obtener una cobertura de seguro para los productos de Theratechnologies, incluida la divulgación o redivulgación de Información médica protegida a los planes de salud;
3. Asignar a un Enfermero Navegante del programa THERA patient support® para que se comunique conmigo y me proporcione sesiones de capacitación y asistencia para el seguimiento del tratamiento. La interacción puede consistir en sesiones de capacitación por audio/vídeo en directo sobre el uso adecuado, si procede, la administración y la orientación continua aplicable al seguimiento del tratamiento. Tengo derecho a no ser grabado en ningún momento. Theratechnologies tendrá acceso a mis comunicaciones para proporcionarme una atención adecuada. Toda difusión, almacenamiento o conservación de una imagen u otra información identificable de un paciente deberá cumplir con las leyes y normativas federales y estatales en materia de confidencialidad;
4. Generar información "despersonalizada" y acumulativa para ser utilizada y compartida con fines de reembolso, publicación o para fines comerciales.

Autorizo a Theratechnologies a comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico, vídeo y/o teléfono para inscribirme y ofrecerme programas de servicios de apoyo.

Con los fines antes mencionados, autorizo a Theratechnologies a compartir información, incluyendo información sobre VIH/SIDA, con las entidades identificadas en esta Autorización como Theratechnologies.

Al seleccionar esta casilla , autorizo a Theratechnologies a:

- Enviarme mensajes de texto sobre mi solicitud de EGRIFTA WR™ a mi número de teléfono. Entiendo que pueden aplicarse tarifas de datos estándar y tarifas de mensajes de texto en función de mi plan de telefonía móvil; y
- Proporcionarme información educativa y materiales de marketing gratuitos, y
- Realizar encuestas para medir mi grado de satisfacción con los productos y servicios de Theratechnologies.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ (MM/DD/AA)

Dirección _____ Número de teléfono _____

Firma del paciente _____ Fecha _____ (MM/DD/AA)

Nombre del representante autorizado _____

Si usted es el representante del paciente, indique su relación con él/ella y su relación de autoridad

Comprendo que una vez que mi Información médica protegida sea divulgada en virtud de esta autorización, puede que ya no se exija que sea privada tal como lo requieren las leyes federales de privacidad, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), o las leyes estatales de privacidad. Mi Información médica protegida podrá ser objeto de divulgación posterior por parte de Theratechnologies y terceros con los que Theratechnologies pueda compartir la información. Sin embargo, otras leyes estatales y federales pueden prohibir que el destinatario revele información especialmente protegida, como información relacionada con el VIH/SIDA, información sobre el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias e información sobre salud mental. Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización. Mi rechazo a firmar no afectará mi elegibilidad a recibir productos de Theratechnologies, tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios. Sin embargo, mi rechazo puede limitar mi elegibilidad a recibir ciertos servicios de apoyo proporcionados por Theratechnologies.

Entiendo que los proveedores de atención médica pueden recibir una compensación, remuneración u otro elemento de valor como resultado del uso y divulgación que hagan de mi Información médica protegida, tal como se establece en esta autorización.

Comprendo que esta autorización permanecerá en vigor durante 10 años a partir de la fecha de mi firma, a menos que esté limitada por las leyes y reglamentos estatales y/o la revoque por medio de una solicitud escrita dirigida a Theratechnologies como se indica a continuación:

ASPN Pharmacies, LLC
290 West Mount Pleasant Ave
Building 2, 4th Floor, Suite 4210
Livingston, NJ 07039 United States

Si decido revocar esta autorización, Theratechnologies y cualquier tercero que sea notificado de mi revocación deberá dejar de usar mi Información médica protegida para los fines aquí descritos, pero la revocación no afectará el uso o la divulgación que se haya hecho previamente en relación con esta autorización. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de firmarla.

Entiendo que los servicios de apoyo ofrecidos por Theratechnologies y descritos en esta autorización pueden ser modificados en cualquier momento y sin previo aviso.

Los pacientes también pueden dar su consentimiento por medio digital
escaneando el código QR.



NOTIFICACIÓN AL DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN:

Información relacionada con el VIH: La información relacionada con el VIH que se le haya proporcionado puede provenir de expedientes cuya confidencialidad puede estar protegida por las leyes federales y estatales. Dichas leyes pueden prohibirle divulgar información relacionada con el VIH sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permitan dichas leyes. Cuando obtenga dicho consentimiento por escrito, debe indicar claramente que "se está revelando información relacionada con el VIH" (la autorización general para la divulgación de todo el expediente médico, por ejemplo, NO es suficiente para este fin).

Una divulgación oral deberá ir acompañada o seguida de dicha notificación en un plazo de 10 días.

EGRIFTA WR™ es una marca comercial de Theratechnologies Inc, y THERA patient support® es una marca comercial registrada de Theratechnologies Inc.

© 2025 Theratechnologies Inc. Todos los derechos reservados

US-F8-2400008 V2