

Para inscribirse, envíe el formulario completo por fax a My VYVGART Path al
1-833-MY-V-PATH (1-833-698-7284). Visite MyPathEnroll.com para obtener más información.
Horario de atención: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este

*Required Field

➔ 1. Patient Information

| | | | |
|---|---------|--|--------|
| *Patient First Name: | | *Patient Last Name: | |
| *DOB (MM/DD/YYYY): | | *Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Non-Binary | |
| *Patient Mailing Address: | | | Apt #: |
| *City: | *State: | *Zip: | |
| *Preferred Language: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other | | | |
| *Preferred Phone #: | | Secondary Phone #: | |
| Ok to leave voice message? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | |
| Patient Email: | | | |

Authorized Caregiver or Alternate Contact
By providing this information, you authorize My VYVGART Path to discuss your health condition and participation in My VYVGART Path with the person named below.

| | |
|--------------------------|-----------------------|
| Relationship to Patient: | Alt. Contact Phone #: |
| Alt. Contact Email: | |

➔ 2. Insurance Information

Please fax copies of both front and back of all medical and prescription insurance cards.

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|--------------------------|--|
| *Primary Benefit Insurance Name: | | *Cardholder Name: | |
| DOB (MM/DD/YYYY): | | Relationship to Patient: | |
| Phone #: | *Policy ID #: | Group #: | |
| PCN #: | BIN #: | | |
| Secondary Benefit Insurance Name: | | Cardholder Name: | |
| DOB (MM/DD/YYYY): | | Relationship to Patient: | |
| Phone #: | Policy ID #: | Group #: | |
| PCN #: | BIN #: | | |

Check here if patient has no insurance

➔ 3. Prescriber Information

| | | | |
|---|---------|-------------------------|----------|
| *Prescriber Name (First, Middle, Last): | | | |
| *Practice Name: | | *NPI #: | |
| Medicare/Medicaid Provider #: | | *State License #: | |
| *Street Address: | | | Suite #: |
| *City: | *State: | *Zip: | |
| *Office Phone #: | | *Office Fax #: | |
| Prescriber Email: | | | |
| Office Contact Name: | | Office Contact Phone #: | |
| Office Contact Email: | | | |
| Office Preferred Method of Contact: | | | |

➔ 4. Prescription Information

| | | |
|--|--------------------------------|---------------------|
| *Patient First Name: | *Patient Last Name: | Suffix: |
| *Anti-AChR antibody positive: <input type="checkbox"/> | | |
| *Primary Diagnosis: ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> G70.00 <input type="checkbox"/> G70.01 | | |
| Product: VYVGART (efgartigimod alfa-fcab) injection for intravenous use | | |
| *Dose: | *Patient Weight (kg): | |
| Strength: 400 mg/20 mL (20 mg/mL) in a 20 mL single-dose vial | | |
| *Quantity/Vials: | *Number of Refills Authorized: | |
| Other Instructions: | | |
| *Is your patient new to this therapy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | |
| Medication Allergies: | | |
| Concurrent Medications: | | |
| Previous Therapies: <input type="checkbox"/> eculizumab <input type="checkbox"/> rituximab <input type="checkbox"/> IVIG <input type="checkbox"/> oral corticosteroids <input type="checkbox"/> nonsteroidal ISTs | | |
| *Prescriber Signature: | | *Date (MM/DD/YYYY): |

Dispense as written. No stamps.

➔ 5. Site of Care Information

| |
|--|
| *Infusion Location: <input type="checkbox"/> Prescribing Physician's Office <input type="checkbox"/> Home Infusion <input type="checkbox"/> Infusion Center <input type="checkbox"/> Hospital Outpatient <input type="checkbox"/> Specialty Pharmacy _____ |
| *Preferred Infusion Site Name and Address |

➔ 6. Prescriber Authorization and Attestation

Required for prescription order and enrollment

I verify that the patient and healthcare provider information on this enrollment form was completed by me or at my direct order. After discussing My VYVGART Path (including its agents, service providers, and VYVGART dispensing pharmacies) with the patient, the patient has elected to participate in My VYVGART Path. The information contained herein is complete and accurate to the best of my knowledge. I understand that I must comply with my practicing state's specific prescription requirements, such as e-prescribing, state-specific prescription form, fax language, etc. Noncompliance with state-specific requirements could result in outreach to me by the dispensing pharmacy.

By signing below I certify that:

- I am prescribing VYVGART for the patient identified in Section 1 (one) above. This prescription is medically necessary for the patient, and I have instructed the patient on the appropriate use and administration of VYVGART. I will be supervising the patient's treatment.
- I have received the appropriate permission from the patient and met any other applicable requirements imposed under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 and applicable state laws needed to release the information that I have provided in completing this enrollment form and sending it to the argenx US, Inc. My VYVGART Path, and its designated agents, service providers, and dispensing pharmacies for the purposes of verifying the patient's insurance coverage for VYVGART, confirming prior authorization requirements for VYVGART, if needed, on my patient's behalf, providing information to my office or the patient on appeals of denials of claims, coordinating delivery of VYVGART and providing my patient with other education and support available through My VYVGART Path associated with VYVGART.
- I authorize the argenx third-party reimbursement support vendor to use the Surescripts network on my behalf to conduct a benefit investigation in connection with this enrollment form. I will comply with all of Surescripts' terms and conditions, including confidentiality, commercial messaging, privacy and security, applicable laws, and use of data, which I have reviewed. A full list of terms and conditions is available at <https://ubc.com/surescriptsterms>.
- I authorize the above prescription and Program information to be forwarded by the argenx US, Inc. My VYVGART Path to the dispensing pharmacy in accordance with applicable law.

| | |
|------------------------|---------------------|
| *Prescriber Signature: | *Date (MM/DD/YYYY): |
|------------------------|---------------------|

➔ 7. Autorización del paciente (requerida para la inscripción)

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA RECOPIRAR, USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Al firmar a continuación, autorizo a mis proveedores de atención médica, farmacias y plan(es) de salud (en conjunto, mi “Equipo de Salud”) a divulgar mi información personal que aparece en este formulario, incluyendo la información médica y otra información relacionada con la afección médica, receta médica y cobertura de seguro (conjuntamente, mi “información médica protegida” o “PHI” [protected health information]), a argenx US, Inc., sus filiales, contratistas y agentes, (en conjunto, “argenx”) para que argenx use y comparta con mi equipo de salud la PHI según sea necesario para: (1) inscribirme en la ruta My VYVGART; (2) realizar investigaciones de beneficios y tomar medidas relacionadas para determinar mi elegibilidad, y coordinar la asistencia financiera que recibiré, para VYVGART; (3) comunicarse con mi equipo de salud acerca de mi plan de tratamiento; (4) brindarme servicios de apoyo, incluidos educación y recursos sobre el estado de la enfermedad y VYVGART; (5) ayudar a facilitar el cumplimiento de recetas y el reemplazo de productos; (6) facilitar el control de calidad y las actividades de presentación de informes relacionadas; (7) anonimizar mis datos y usar los datos anonimizados para investigación y publicación; (8) realizar análisis de datos, investigación de mercado y mis actividades comerciales relacionadas con My VYVGART Path; (9) comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico, fax o teléfono mediante mi información de contacto que figura en este formulario (o cualquier información de contacto futura proporcionada por mí o en mi nombre) en relación con la prestación de los servicios de My VYVGART Path, incluidas las comunicaciones relacionadas con el cumplimiento, recordatorios y apoyo, para los cuales los proveedores de servicios externos de mi equipo de salud pueden recibir remuneración financiera de argenx; y (10) facilitar mi participación en las ofertas de My VYVGART Path sobre las cuales he elegido recibir información.

Comprendo que:

- Una vez que mi PHI se haya divulgado a argenx, es posible que esta ya no esté protegida por la ley federal de privacidad y podría volver a divulgarse a terceros, pero también comprendo que argenx planea usar y divulgar mi PHI solamente como se describe en esta autorización.
- Puedo retirar esta autorización llamando a My VYVGART Path al 1833MYPATH1 (18336972841) o enviando una carta con mi notificación de revocación por correo postal a My VYVGART Path, 680 Century Point, Suite 1000, Lake Mary, FL 32746.
- Si revoco la autorización, esta se volverá inválida cuando My VYVGART Path reciba mi notificación de revocación, pero los usos y divulgaciones realizados en función de la autorización antes de su revocación no serán invalidados.
- Mi tratamiento de atención de la salud, el pago del tratamiento, la inscripción en el seguro o la elegibilidad para los beneficios del seguro no están condicionados a que firme esta autorización.

- Esta autorización vence 10 años después de la fecha en que la firme a continuación o en la fecha anterior que exija la ley estatal aplicable.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de firmarla.

*Nombre del paciente (nombre, apellido):

*Firma del paciente:

*Fecha (DD/MM/AAAA):

Si firma otra persona que no sea el paciente, describa la autoridad legal para hacerlo:

➔ 8. Consentimiento de comercialización (OPCIONAL)

Acepto recibir correos electrónicos que promocionen los productos y servicios de argenx.

*Nombre del paciente (nombre, apellido):

*Firma del paciente:

*Fecha (DD/MM/AAAA):

➔ 9. Consentimiento para mensajería móvil (OPCIONAL)

Al firmar a continuación, acepto que se me contacte mediante mensajes de texto (“mensajes”) enviados por argenx o sus agentes o proveedores de servicios (en conjunto, “argenx”) al número de teléfono móvil que he proporcionado a continuación, con el fin de ayudarme a continuar con la terapia y que puedan promocionar o publicitar productos y servicios de argenx. Certifico que el número que proporciono me pertenece a mí, y no a un familiar o tercero. Comprendo que puedo excluirme de recibir dichos mensajes en cualquier momento llamando al 1-833-MY-PATH-1 (1-833-697-2841) o respondiendo “STOP” (DETENER) por mensaje de texto a cualquier mensaje de argenx y que mi consentimiento para ser contactado por mensajes de texto no es una condición para que participe en My VYVGART Path.

*Nombre del paciente (nombre, apellido):

*Número de teléfono móvil:

*Firma del paciente:

*Fecha (DD/MM/AAAA):

Si firma otra persona que no sea el paciente, describa la autoridad legal para hacerlo:

VYVGART[®]
(efgartigimod alfa-fcab)
Injection for Intravenous Use
400 mg/20 mL vial

Phone: **1-833-MY-PATH-1**
(1-833-697-2841)



VYVGART es una marca comercial registrada de argenx.

Solo para audiencia de los EE. UU.

© 2022 argenx US-EFG-21-00146 V3 10/2022

Consulte la Información de prescripción completa adjunta o visite [VYVGART.com/PI-ES](https://www.vyvgart.com/PI-ES).