Yutrepia® (treprostinil) polvo para inhalación

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

EL POLVO PARA INHALACIÓN DE YUTREPIA® (treprostinil) está disponible a través de proveedores de farmacias especializadas (SP) seleccionados.

INSTRUCCIONES:

- **Llene todas las secciones relevantes de la página 1.** Informe a su paciente que su SP llamará para procesar su receta.
- **Llene la receta estándar (páginas 2 y 3) o la receta con cupón (páginas 2 y 4).** Si solo se presenta una receta con cupón, se necesitará una receta estándar más adelante si usted y su paciente desean continuar con la terapia después del período inicial de 28 días cubierto por el cupón.
- Si es necesario, **llene la solicitud de inicio URGENTE en el hospital con cupón (página 5).**
- **Envíe por fax el formulario y los documentos de respaldo firmados** a su SP seleccionada (portada proporcionada).

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente (nombres y apellidos)

DIRECCIÓN

Ciudad | Estado | Código postal

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

Sexo: ◯ Masculino ◯ Femenino

Correo electrónico

Teléfono ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo

Teléfono alternativo ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo

Contacto preferido: ◯ Teléfono ◯ Correo electrónico

Mejor horario para llamar: ◯ Mañana ◯ Tarde ◯ Noche

Idioma preferido:

Nombre del **CUIDADOR**

Correo electrónico del **CUIDADOR**

Teléfono del cuidador ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo

Teléfono alternativo ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo

Contacto preferido: ◯ Teléfono ◯ Correo electrónico

Mejor horario para llamar: ◯ Mañana ◯ Tarde ◯ Noche

INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE

Nombre del médico que prescribe (nombres y apellidos)

N.° de NPI

N.° de licencia estatal

Nombre del consultorio/clínica/institución

Nombre de contacto del consultorio

Dirección

Correo electrónico de contacto del consultorio

Ciudad | Estado | Código postal

Teléfono

Fax

Método preferido de comunicación: ◯ Teléfono ◯ Correo electrónico ◯ Fax

INFORMACIÓN DEL SEGURO

(No se requiere si solo se solicita una receta con cupón en la página 4)

Incluya copias del anverso y el reverso de todas las tarjetas de seguro médico y de receta del paciente.

Gerente de beneficios de farmacia

Proveedor **PRINCIPAL** de seguro médico

Nombre del titular de la póliza

N.° de identificación de la póliza | Número de grupo (si corresponde)

Teléfono del seguro médico | Relación con el titular de la póliza

Proveedor **SECUNDARIO** de seguro médico

Nombre del titular de la póliza

N.° de identificación de la póliza | Número de grupo (si corresponde)

Teléfono del seguro médico | Relación con el titular de la póliza

© 2026 Liquidia Technologies, Inc. Todos los derechos reservados. YUTREPIA, el logotipo de YUTREPIA y el logotipo de Liquidia son marcas comerciales registradas de Liquidia Technologies, Inc. US-YUTR-2600113 (10-2026)

Liquidia®

Yutrepia® (treprostinil) polvo para inhalación

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Nombre del paciente (nombres y apellidos)

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Estado del paciente:

- ◯ Paciente ambulatorio
- ◯ Paciente hospitalizado

Estado de YUTREPIA®:

- ◯ Sin tratamiento previo/Nuevo
- ◯ Reinicio
- ◯ Transición

Alergias:

- ◯ Sin alergias conocidas a medicamentos
- ◯ Sí (especifique):

Current Medications (list all):

DECLARACIÓN DE TRANSICIÓN

(si corresponde)

Es necesario que este paciente haga la transición

de:

a:

Proporcione una justificación para esta transición.

INFORMACIÓN MÉDICA

Seleccione los códigos ICD-10 pertinentes de la lista que aparece a continuación. Los códigos enumerados no implican aprobación, cobertura ni reembolso para usos o indicaciones específicas.

- ◯ **ICD-10 I27.0**
  Hipertensión pulmonar primaria
- ◯ **ICD-10 I27.21**
  Hipertensión arterial pulmonar secundaria

HP CAUSADA POR ENFERMEDADES PULMONARES E HIPOXIA

Indique los antecedentes de tratamiento

Comprimidos de Adempas® (riociguat)	◯ Actual	◯ Interrumpido
Flolan® (epoprostenol sódico) inyectable	◯ Actual	◯ Interrumpido
Comprimidos de Letairis® (ambrisentán)	◯ Actual	◯ Interrumpido
Comprimidos de Opsumit® (macitentán)	◯ Actual	◯ Interrumpido
Opsynvi® (macitentán/tadalafilo)	◯ Actual	◯ Interrumpido
Comprimidos de liberación extendida de Orenitram® (treprostinil)	◯ Actual	◯ Interrumpido
PDE-5i (especificar medicamentos): _____	◯ Actual	◯ Interrumpido
Inyección de Remodulin® (treprostinil)	◯ Actual	◯ Interrumpido
Comprimidos de Tracleer® (bosentán)	◯ Actual	◯ Interrumpido
Solución para inhalación de Tyvaso® (treprostinil)	◯ Actual	◯ Interrumpido
Polvo para inhalación de Tyvaso DPI® (treprostinil	◯ Actual	◯ Interrumpido
Comprimidos de Uptravi® (selexipag)	◯ Actual	◯ Interrumpido
Veletri® (epoprostenol) inyectable	◯ Actual	◯ Interrumpido
Winrevair™ (sotatercept-csrk) inyectable	◯ Actual	◯ Interrumpido
Otro: _____	◯ Actual	◯ Interrumpido

YUTREPIA, el logotipo de YUTREPIA y el logotipo de Liquidia son marcas comerciales registradas de Liquidia Technologies, Inc.
Todos los demás nombres, marcas comerciales o marcas contenidas en este formulario son de propiedad de sus respectivos dueños y solo se utilizan con fines de identificación. El uso de estos nombres, marcas comerciales y marcas no supone el aval de ningún producto de Liquidia por parte de los propietarios de otros nombres, marcas comerciales o marcas.

Liquidia®

Yutrepia® (treprostinil) polvo para inhalación

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Nombre del paciente (nombres y apellidos) | Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

Receta estándar

INFORMACIÓN DE LA RECETA ESTÁNDAR

Polvo para inhalación de YUTREPIA® (treprostinil)

Dosis inicial: _____mcg **Dosis objetivo:** 159 mcg **O** ◯ _____mcg

Dispensar:
Suministro para 28 días, reposiciones durante 1 año **O**
◯ Suministro para _____ días, _____ reposiciones

Frecuencia:
Dos (2) respiraciones por cápsula, cuatro (4) veces cada día **O**
◯ Dos (2) respiraciones por cápsula, _____ veces cada día

Titulación (según la tolerancia, hasta la dosis objetivo):
Aumente en 26,5 mcg cada semana, o según la tolerancia, **O**
◯ Aumente en _____ mcg, cada _____ ☐ semana(s) / ☐ días

NDC recetado(s)
La farmacia especializada (SP) dispensará la dosis recetada según las combinaciones necesarias de códigos NDC.

NDC incluidos en esta receta:

26,5 mcg	(72964-011-01)
53 mcg	(72964-012-01)
79,5 mcg	(72964-013-01)
106 mcg	(72964-014-01)

COMPARACIÓN DE DOSIS

Tyvaso® (Nebulizado) Inhalaciones cuatro veces al día	YUTREPIA® Dosis cuatro veces al día (mcg)	YUTREPIA® Cápsulas combinadas (mcg)
≤5	26,5	26,5
≥6 y ≤8	53	53
≥9 y ≤11	79,5	79,5
≥12 y ≤14	106	106
≥15 y ≤17	132,5	53 + 79,5
~18	159	79,5 + 79,5
~21	185,5	79,5 + 106
~24	212	106 + 106

La SP confirmará las combinaciones necesarias de códigos NDC para alcanzar la dosis recetada

ÓRDENES DE ENFERMERÍA

Visita(s) domiciliaria(s) de enfermería de la SP para enseñar y evaluar la autoadministración de YUTREPIA, incluida la dosificación, la titulación y el manejo de efectos secundarios

◯ Rechazar los servicios de enfermería

DECLARACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA

Certifico que la terapia arriba solicitada es médicamente necesaria, que la información proporcionada es la más acertada en el mejor de mis conocimientos, y que estoy supervisando personalmente la atención de este paciente.

Nombre completo del médico que prescribe (en letra de imprenta)

FIRME AQUÍ

Dispensar como aparece en la receta / Marca necesaria desde el punto de vista médico / Sin sustitución / No se puede sustituir / No se debe sustituir

Firma del médico que prescribe*

Puede sustituirse / Selección de productos permitida / Sustitución permitida

Firma del médico que prescribe*

Fecha

*El médico que prescribe da fe de que esta es su firma legal.

SIN SELLOS. LAS RECETAS DEBEN ENVIARSE POR FAX.

NOTA: El proveedor tiene la responsabilidad de determinar los parámetros de cobertura y reembolso, y la codificación adecuada de un paciente y/o procedimiento en particular. La información proporcionada aquí no es una garantía de cobertura o reembolso.

Tyvaso® es una marca comercial registrada de United Therapeutics Corporation. El uso de Tyvaso® en este formulario tiene efectos de identificación únicamente y no supone un aval de United Therapeutics Corporation a ningún producto de Liquidia.

Liquidia

Yutrepia® (treprostinil) polvo para inhalación

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Nombre del paciente (nombres y apellidos) | Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

Receta con cupón ► Consulte todos los requisitos y condiciones del programa en www.Yutrepia.com/Voucher

El Programa de cupones de YUTREPIA proporciona un suministro para 28 días, por única vez, de fármaco gratuito para los pacientes elegibles, a fin de ayudarles a determinar si YUTREPIA es la opción adecuada para ellos. Utilizar la receta con cupón no requiere el uso continuo de YUTREPIA con una receta estándar.

INFORMACIÓN DE LA RECETA CON CUPÓN

YUTREPIA® (treprostinil) inhalation powder

Dosis inicial: _____mcg **Dosis objetivo:** 159 mcg **O** ◯ _____mcg

Dispensar: Suministro para 28 días, 0 reposiciones

Frecuencia: Dos (2) respiraciones por cápsula, cuatro (4) veces cada día **O**
◯ Dos (2) respiraciones por cápsula, _____ veces cada día

Titration: (según la tolerancia, hasta la dosis objetivo) Aumente en 26,5 mcg cada semana, o según la tolerancia, **O**
◯ Aumente en _____ mcg, cada _____ ☐ semana(s) / ☐ días

NDC recetado(s)
La farmacia especializada (SP) dispensará la dosis recetada según las combinaciones necesarias de códigos NDC.

NDC incluidos en esta receta:

26,5 mcg	(72964-011-01)
53 mcg	(72964-012-01)
79,5 mcg	(72964-013-01)
106 mcg	(72964-014-01)

ÓRDENES DE ENFERMERÍA

Visita(s) domiciliaria(s) de enfermería de la SP para enseñar y evaluar la autoadministración de YUTREPIA, incluida la dosificación, la titulación y el manejo de efectos secundarios

◯ Rechazar los servicios de enfermería

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE

El abajo firmante, como médico tratante, certifica que:

(i) Comprendo y acepto que el único propósito de esta receta (y la entrega posterior del medicamento) en virtud del Programa de cupones de Liquidia es evaluar clínicamente la seguridad y tolerabilidad del medicamento a fin de determinar si es la opción de tratamiento correcta para el paciente

(ii) Comprendo que los pacientes se limitan a un (1) suministro gratuito para 28 días de YUTREPIA por vida en virtud del Programa de cupones de Liquidia. En consecuencia, comprendo que si yo y el paciente determinamos que Yutrepia es una buena opción para el paciente, necesitaré escribir una nueva receta de Yutrepia para el paciente a fin de continuar el tratamiento

(iii) No solicitaré reembolso alguno por Yutrepia ni por ningún medicamento de Liquidia dispensado al paciente a través del Programa de cupones de Liquidia de ningún programa gubernamental o compañía aseguradora externa.

(iv) Comprendo que cualquier medicamento que se proporcione a este paciente por parte de Liquidia solo puede proporcionarse directamente al paciente o a su cuidador autorizado, se proporciona sin costo alguno y no puede revenderse ni facturarse a terceros pagadores, devolverse para crédito o de otro modo colocarse en el flujo del comercio.

(v) Toda la información del paciente suministrada a Liquidia o sus agentes, contratistas o subcontratistas en relación con este formulario de inscripción es precisa y se ha obtenido de conformidad con una autorización apropiada y válida del paciente que permite la divulgación, transferencia y uso de dicha información por parte de Liquidia o sus agentes, contratistas y subcontratistas de conformidad con las leyes estatales y federales.

(vi) Entiendo que Liquidia se reserva el derecho de modificar o finalizar este programa en cualquier momento que considere conveniente, que Liquidia no tiene la obligación de continuar con el programa y que cualquier decisión de Liquidia de modificar o finalizar este programa no dará lugar a ninguna responsabilidad u obligación para Liquidia.

DECLARACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA

Certifico que la terapia arriba solicitada es médicamente necesaria, que la información proporcionada es la más acertada en el mejor de mis conocimientos, y que estoy supervisando personalmente la atención de este paciente.

Nombre completo del médico que prescribe (en letra de imprenta)

FIRME AQUÍ

Dispensar como aparece en la receta / Marca necesaria desde el punto de vista médico / Sin sustitución / No se puede sustituir / No se debe sustituir

Firma del médico que prescribe*

Puede sustituirse / Selección de productos permitida / Sustitución permitida

Firma del médico que prescribe*

Fecha

*El médico que prescribe da fe de que esta es su firma legal.

SIN SELLOS. LAS RECETAS DEBEN ENVIARSE POR FAX.

NOTA: El proveedor tiene la responsabilidad de determinar los parámetros de cobertura y reembolso, y la codificación adecuada de un paciente y/o procedimiento en particular. La información proporcionada aquí no es una garantía de cobertura o reembolso.

Liquidia

Yutrepia® (treprostinil) polvo para inhalación

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Nombre del paciente (nombres y apellidos)

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

Receta con cupón ►
Solicitud de inicio URGENTE en el hospital

Llene la siguiente información.

HOSPITAL E INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre del hospital

N.° de habitación del paciente

Nombre del cuidador

Teléfono principal del hospital

Teléfono de la habitación del hospital del paciente

Teléfono del cuidador

FARMACIA ESPECIALIZADA/INSTRUCCIONES DE ENTREGA

Seleccione una farmacia especializada (SP):

◯ **Accredo Health Group**

Elija el método de entrega:

- ☐ Servicio de mensajería: se entrega al paciente en el hospital (disponible en ciertas áreas)
- ☐ Bolsa marrón (Brown Bagging): se entrega en el hogar del paciente o en una dirección alternativa para que el cuidador la lleve al hospital
- ☐ Bolsa blanca (White Bagging): se entrega en el consultorio del médico que prescribe para que el médico o un miembro del personal lo lleve al hospital

◯ **CVS Specialty**

Elija el método de entrega:

- ☐ Farmacia de CVS: se entrega a una farmacia minorista de CVS local para que el cuidador lo recoja y lo lleve al hospital
- ☐ Enfermero de CVS: el enfermero de la farmacia especializada (SP) lo lleva al hospital durante una visita de enfermería programada
- ☐ Bolsa marrón (Brown Bagging): se entrega en el hogar del paciente o en una dirección alternativa para que el cuidador la lleve al hospital
- ☐ Bolsa blanca (White Bagging): se entrega en el consultorio del médico que prescribe para que el médico o un miembro del personal lo lleve al hospital

Asegúrese de que su paciente o el cuidador estén disponibles para atender el teléfono y responder las preguntas de la farmacia especializada para las siguientes interacciones:

- Llenar las preguntas de inscripción del cupón
- Hablar con un farmacéutico para la llamada de asesoramiento
- Hablar con el enfermero de la farmacia especializada (si se indica) para programar una visita

Yutrepia® (treprostinil) polvo para inhalación

FAX

Usando esta portada, envíe por fax todas las páginas del formulario de inscripción, junto con la documentación clínica solicitada, a la farmacia especializada que elija a continuación.

Fecha

PARA

☐ **Accredo Health Group, Inc.**

FAX 1-800-711-3526

Teléfono: 1-866-344-4874

☐ **CVS Specialty**

FAX 1-877-943-1000

Teléfono: 1-877-242-2738

DE

(Nombre del agente del médico que prescribe que transmite este fax/receta)

Teléfono

Nombre de la entidad

Fax

RE

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN

Indique todos los documentos actuales, firmados y fechados adjuntos a este fax.

☐ Formulario de inscripción en YUTREPIA completado, que incluye:

- Información del paciente y del médico que prescribe
- Información del seguro*
- Información de la receta estándar y/o con cupón
- Información médica/Evaluación del paciente

☐ Copia del anverso y el reverso de la(s) tarjeta(s) del seguro del paciente*

☐ Antecedentes y examen físico, incluido el inicio de los síntomas, los signos y síntomas clínicos, el curso de la enfermedad y cualquier prueba diagnóstica de confirmación

*Solo se requiere si se solicita una receta estándar

Comentarios:

Número de páginas (incluida esta portada)