

Instructions for **Healthcare Providers (HCP)**

To prescribe ARCALYST, please follow these steps:

**1 Provide the Patient Consent Information on page 2 to your Spanish-speaking patients so they can read and understand the information. Ask them to sign the signature field.**

Give your patient a copy of the Patient Consent Information form. If the form is not signed at submission, a Patient Access Lead with the Kiniksa OneConnect™ program can subsequently acquire a signature electronically.

**2 Complete this enrollment form and download a copy. Please be sure all of the items in this HCP instructions checklist are completed on the enrollment form:**

- Fill out all required fields;** incomplete fields may delay the start of treatment
- Sign and date** the enrollment form in PRESCRIBER CERTIFICATION (section 6)
- Fully complete the PRESCRIPTION (section 5)
- Complete INSURANCE INFORMATION (section 2) and **provide copies of your patient's medical and prescription insurance cards**
- Include a patient demographic sheet if available
- If required, please submit a completed Prior Authorization (PA) to the payer

**3 Fax the enrollment form to 1-781-609-7826. Following enrollment:**

- A Patient Access Lead with the Kiniksa OneConnect™ program will contact your patient to discuss the next steps to take to get their ARCALYST prescription filled
- The specialty pharmacy will coordinate delivery of the prescription to the address provided in section 1 of the enrollment form

If you have any questions about the Kiniksa OneConnect™ program, please call **833-KINIKSA (833-546-4572)**, **Option 1**. To learn more about ARCALYST, visit **ARCALYST.com/HCP**

**Recurrent Pericarditis and Related ICD-10 Codes:**

- There is not a specific ICD-10 code for recurrent pericarditis; however, codes exist that can be used for recurrent pericarditis
  - Payers may require an ICD-10 code on a prior authorization form
  - Specialty pharmacies may also ask for a patient's ICD-10 code
- On the right are some codes associated with recurrent pericarditis
  - The decision on assigning an ICD-10 code is up to a physician's discretion and knowledge of their patients' condition(s)
  - This is not an all-inclusive list. Payers may require other ICD-10 codes for recurrent pericarditis not listed here
  - Use of the listed codes is not a guarantee of coverage or payment

ICD-10 Code	Description
I30.0	Acute nonspecific idiopathic pericarditis
I30.9	Acute pericarditis, unspecified
I31.9	Disease of pericardium, unspecified

Please see full Prescribing Information available at **ARCALYST.com/hcp**



**Fax completed enrollment form (pages 2-4) to 1-781-609-7826.**

Please have your Spanish-speaking patient read and sign the consent, if they are willing.

## INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE

Lea lo siguiente y, posteriormente, complete y firme las áreas indicadas a continuación.

Entiendo que el programa Kiniksa OneConnect™ (“el Programa”) es un servicio de apoyo al paciente ofrecido por Kiniksa Pharmaceuticals (“Kiniksa”) para ayudar a los pacientes elegibles a quienes se les ha recetado una terapia de Kiniksa a fin de obtener asistencia financiera y acceder a otros programas y servicios de apoyo al paciente proporcionados por el Programa.

Al firmar a continuación, autorizo a mis proveedores de atención médica y al personal (p. ej., médicos, farmacias) y mi compañía de seguro para que divulgue, en formato electrónico o de otro tipo, información médica personal sobre mí, incluida información relacionada con mi afección médica y cualquier tratamiento, mi cobertura de seguro médico, y mi dirección, dirección de correo electrónico, y número de teléfono (colectivamente, mi “información médica personal”) a Kiniksa, sus afiliados, agentes, contratistas, representantes y el Programa para que Kiniksa pueda revisar, usar y divulgar la información médica personal y la información de este formulario para fines de: (1) verificar, investigar, asistir y coordinar mi cobertura para la terapia con mi proveedor de atención médica o con mis aseguradoras médicas; (2) evaluar mi elegibilidad para la asistencia con copago o fármacos gratuitos o derivarme a otros programas y fuentes de financiación y apoyo financiero; (3) coordinar la administración del tratamiento a mí o a mi proveedor de atención médica; (4) proporcionar educación e información sobre los productos de Kiniksa, y servicios de apoyo relacionados con la terapia; (5) recopilar comentarios sobre mi terapia y/o estado de la enfermedad; (6) ponerse en contacto conmigo por correo, correo electrónico, por teléfono o texto para cualquiera de los fines anteriores; y (7) crear información que no me identifique personalmente para un uso distinto a los fines legítimos establecidos en esta autorización. También autorizo a Kiniksa y a mis proveedores de atención médica y a mi compañía de seguro a usar mi información médica personal para comunicarse conmigo sobre los productos y servicios de Kiniksa. Autorizo a mi farmacia y a los contratistas de Kiniksa a recibir remuneración por parte de Kiniksa por divulgar o utilizar mi información médica personal y/o por proporcionar servicios de apoyo como se describe en esta autorización. Entiendo que una vez divulgada de conformidad con esta autorización, mi información médica personal puede dejar de estar protegida por la legislación federal o estatal y que Kiniksa podría divulgarla a otros, pero también entiendo que Kiniksa hará todo lo razonablemente posible para mantener la privacidad de mi información médica personal y divulgarla solo para los fines establecidos en esta autorización.

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener tratamiento ni beneficios de atención médica; sin embargo, para recibir los servicios y comunicaciones descritos anteriormente, debo firmar la autorización. Entiendo que puedo cancelar mi autorización en cualquier momento poniéndome en contacto con Kiniksa por fax al 1-781-609-7826, o por correo postal al programa Kiniksa One Connect, 100 Hayden Avenue, Lexington, MA 02421. La cancelación de esta autorización será efectiva para Kiniksa tras su recepción, y será efectiva para cada uno de mis proveedores de atención médica y compañías de seguros cuando se les notifique, pero la cancelación no afectará a usos o divulgaciones anteriores de la información médica personal.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Entiendo que esta autorización seguirá siendo válida durante 5 años después de la fecha en la que la firme como se indica a continuación, a menos que la cancele antes como se ha descrito anteriormente, o a menos que se requiera un período más corto en virtud de las leyes estatales o locales.

Si el formulario no está firmado cuando se envíe, un responsable de acceso de pacientes del programa Kiniksa OneConnect™ puede luego obtener una firma electrónica.

### \* Información necesaria.

**\* CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE** Si no es posible obtener el consentimiento del paciente en este formulario durante el envío, el consentimiento puede obtenerse electrónicamente.

He leído, comprendo y acepto toda la INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE y confirmo que la información que he proporcionado en esta autorización es completa y precisa.

\* Nombre del paciente, tutor legal o representante personal, en letra de imprenta:

\* Relación con el paciente:

Correo electrónico:

\* Firma del paciente, tutor legal o representante personal: \_\_\_\_\_ \* Fecha: \_\_\_\_\_

### Revise las afirmaciones a continuación. Marcar estas casillas es opcional.

Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto recurrentes del programa Kiniksa OneConnect™, incluidas actualizaciones de servicio y recordatorios de medicamentos, al número que he proporcionado. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. No estoy obligado a dar mi consentimiento como condición para recibir ningún bien o servicio. Puedo enviar el mensaje STOP (“Detener”) para cancelar la suscripción en cualquier momento. Para obtener más detalles, visite [kiniksapolicies.com/privacy.html](http://kiniksapolicies.com/privacy.html).

Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para participar en encuestas de comercialización y recibir comunicaciones y materiales de comercialización de Kiniksa por teléfono, correo postal o correo electrónico. Entiendo que puedo optar por no recibir dichos mensajes en cualquier momento llamando al **833-KINIKSA (833-546-4572)** o enviando un correo electrónico a [KiniksaOneConnect@kiniksa.com](mailto:KiniksaOneConnect@kiniksa.com).

Al marcar esta casilla, comprendo que los datos personales que proporcione en este formulario pueden compartirse con terceros que operen en nombre de Kiniksa para realizar investigaciones de mercado. Autorizo a Kiniksa y a estos terceros a comunicarse conmigo para fines de investigación de mercado.

Para obtener detalles sobre cómo Kiniksa recopila y utiliza la información personal, sus derechos de privacidad y avisos específicos para residentes de California, visite: [kiniksapolicies.com/privacy.html](http://kiniksapolicies.com/privacy.html)

**1 \*PATIENT INFORMATION**

First name:	MI:	Last name:	Suffix:	DOB:
Home address:		City/State:		ZIP:
Alternate address:		City/State:		ZIP:
Ship treatment to: <input type="checkbox"/> Home address <input type="checkbox"/> Alternate address				Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Preferred phone: _____ <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Work			Alternate phone: _____ <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Work	
Email:		Preferred contact method: <input type="checkbox"/> Phone (OK to leave messages: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N) <input type="checkbox"/> Text <input type="checkbox"/> Email		
Best time to contact: <input type="checkbox"/> Weekday mornings <input type="checkbox"/> Weekday afternoons <input type="checkbox"/> Weekday evenings			Language: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____	
Alternate contact first name:		Last name:	Relationship to patient:	
Phone:	Email:		OK to leave messages: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	

**MEDICAL HISTORY**

**Current medications** \_\_\_\_\_

**Allergies:**  No Known Drug Allergies  Other: \_\_\_\_\_

**2 \*INSURANCE INFORMATION**

Please provide both medical and pharmacy insurance information. Also, **fax a copy of the front and back of the patient's medical and prescription insurance cards** with the completed enrollment form.

	Medical Insurance	Pharmacy Insurance	
Insurance Provider			
Insurance Phone #			
Cardholder Name (if not the patient)			
Relationship to Patient:			
Cardholder DOB			
Member ID #			
Group #			
RxBIN / RxPCN		Rx Bin	RxPCN

**3 \*PRACTICE AND PRESCRIBER INFORMATION**

**Office/Clinic/Institution name:** \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City/State: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Enrollment Form/Office Contact			Prior Authorization Office Contact (if different from Enrollment Form/Office Contact)		
First Name:	Last Name:		First Name:	Last Name:	
Email:			Email:		
Direct Phone:	Ext	Fax:	Direct Phone:	Ext	Fax:

**Prescriber first name:** \_\_\_\_\_ **Prescriber last name:** \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City/State: \_\_\_\_\_  
NPI #: \_\_\_\_\_ Tax ID #: \_\_\_\_\_

**4 \*DIAGNOSIS FOR ARCALYST® (riloncept) TREATMENT (Choose only ONE diagnosis below, A or B)**

**A Recurrent Pericarditis (RP) Diagnosis**

**OR B Other Diagnosis for ARCALYST Treatment**

- I30.0** Acute nonspecific idiopathic pericarditis     **I30.9** Acute pericarditis, unspecified     **I31.9** Disease of pericardium, unspecified
- Unknown ICD-10 Code**     **Other ICD-10 for RP Patient** \_\_\_\_\_

Diagnosis: \_\_\_\_\_  
ICD-10-CM: \_\_\_\_\_

**5 \*PRESCRIPTION FOR ARCALYST® (riloncept) injectable sterile powder for reconstitution, 220 mg/vial**  
**Reconstitute each single-dose vial of ARCALYST with 2.3 mL preservative-free sterile water for injection, resulting in 80 mg/mL solution. See full Prescribing Information for complete Dosing and Administration instructions.**

**Patient first name:** \_\_\_\_\_ **Last name:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

	<b>FOR PATIENTS ≥18 YEARS OF AGE</b> for Recurrent Pericarditis (RP)	<b>FOR PATIENTS 12 TO 17 YEARS OF AGE</b> for Recurrent Pericarditis (RP)
<b>RECURRENT PERICARDITIS (RP) WEEKLY DOSING</b>	<p><b>ARCALYST is dispensed as 4 vials per carton.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>LOADING DOSE:</b> Inject 320 mg [given as two x 2 mL (160 mg) injections] subcutaneously on day 1. Inject each dose at a different injection site. Then inject 2 mL (160 mg) for maintenance dose subcutaneously once weekly thereafter. Rotate injection sites.</p> <p><b>Quantity:</b> 4 vials    <b>Days Supply:</b> 21    <b>Refills:</b> 0</p> <p><input type="checkbox"/> <b>MAINTENANCE DOSE</b> Inject 2 mL (160 mg) subcutaneously once weekly. Rotate injection sites.</p> <p><b>Quantity:</b> 4 vials    <b>Days Supply:</b> 28</p> <p><b>Refills:</b> <input type="checkbox"/> 12    <input type="checkbox"/> Other _____</p>	<p><b>ARCALYST is dispensed as 4 vials per carton.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>LOADING DOSE</b> Inject (from LD calculation below) _____ mL (_____ mg) subcutaneously on day 1. If injection volume is greater than 2 mL, administer as two injections at different injection sites. <b>Loading dose should not exceed 320 mg (4 mL).</b></p> <p><b>Patient weight:</b> _____ kg x 4.4 mg = Loading Dose (LD): _____ mg ÷ 80 mg/mL = _____ mL</p> <p><b>Quantity:</b> _____ vials    <b>Refills:</b> 0</p> <p><input type="checkbox"/> <b>MAINTENANCE DOSE</b> Inject (from MD calculation below) _____ mL (_____ mg) subcutaneously once weekly. <b>Maintenance dose should not exceed 160 mg (2 mL).</b> Rotate injection sites.</p> <p><b>Patient weight:</b> _____ kg x 2.2 mg = Maintenance Dose (MD): _____ mg ÷ 80 mg/mL = _____ mL</p> <p><b>Quantity:</b> 4 vials    <b>Days Supply:</b> 28</p> <p><b>Refills:</b> <input type="checkbox"/> 12    <input type="checkbox"/> Other _____</p>

**Include supplies listed below for administration of ARCALYST (quantity and refills align with above ARCALYST dosing).**

**Preservative-free sterile water for injection**

- 4 vials (5 mL or whatever is available) for loading/initial maintenance doses
- 4 vials (5 mL or whatever is available) for monthly maintenance doses

**Ancillary supplies**

- 10 sterile 3-milliliter (mL) disposable syringes
- 6 sterile disposable needles, 26-gauge, 1/2-in
- 12 sterile blunt beveled needles with needle covers, 18-gauge, 1-in, or 1½-in
- 20 alcohol wipes
- 8 gauze pads
- 1 puncture-resistant container for disposal of used needles, syringes, and vials

**QUICK START:** Up to 60 days supply of free drug for eligible patients while awaiting payer determination. Prior authorization submission required. Terms and conditions apply.

**Injection training for patient** will be conducted by:     Prescriber/Practice (In-Office)     Kiniksa OneConnect™ Program Injection Training Support

**6 \*PRESCRIBER CERTIFICATION**    Please manually sign and date below. No rubber stamps, signature by other office personnel, or computer generated images are allowed.

"Dispense As Written" / Brand Medically Necessary / Do Not Substitute / No Substitution / DAW / May Not Substitute

**Prescriber's signature:** \_\_\_\_\_

**NPI#:** \_\_\_\_\_    **Date:** \_\_\_\_\_

**If NP or PA, under direction of Dr. \_\_\_\_\_ License #:** \_\_\_\_\_

May Substitute / Product Selection Permitted / Substitution Permissible

**Prescriber's signature:** \_\_\_\_\_

**NPI#:** \_\_\_\_\_    **Date:** \_\_\_\_\_

**If NP or PA, under direction of Dr. \_\_\_\_\_ License #:** \_\_\_\_\_

**OR**

The prescriber is to comply with his/her state specific prescription requirements such as e-prescribing, state specific prescription form, fax language, etc. Non-compliance with state specific requirements could result in outreach to the prescriber. **ATTN: New York and Iowa providers, please submit electronic prescriptions for ARCALYST (riloncept) AND sterile water.**

By signing above, I certify that (1) the information contained in this application is current, complete, and accurate to the best of my knowledge; (2) the therapy is medically necessary and in the best interest of the patient identified above; (3) I have obtained and provided any consent required under federal and state law for the release and use of the patient's personal health information including diagnosis, treatment, medical information and insurance information contained on this form to Kiniksa Pharmaceuticals ("Kiniksa") and its agents, including commercial and field-based teams, for purposes of benefits verification and coordination of dispensing therapy, or to otherwise assist the patient to initiate or continue the prescribed therapy and/or to evaluate the patient's eligibility for the QuickStart Program, Patient Assistance Program, or other programs for ARCALYST; and (4) I will not seek payment from any payer, patient, or other source for free product provided directly to the patient.

I understand that I am under no obligation to prescribe any Kiniksa therapies, to participate in the Kiniksa OneConnect™ program, and that I have not received, nor will I receive, any benefit from Kiniksa for prescribing a Kiniksa therapy. I certify that I am a legal resident of the United States (or US territories). I authorize Kiniksa and its agents to convey the above prescription by any means allowed under applicable law to the dispensing pharmacy.