



Inscribise en línea en www.covermymeds.health. O complete todo el formulario y envíelo por fax a Novartis Patient Support al 844-666-1366 o al 800-343-9117. ¿Tiene preguntas? Llame al 844-267-3689. Si el formulario está incompleto, se podría retrasar el inicio del tratamiento.

1. Marque la casilla que indica la asistencia que su paciente necesita de Novartis Patient Support.

Administración intravenosa (i.v.). Incluye (seleccione una opción):

- ☐ **Solo la verificación de beneficios:**
Verificación de beneficios sin asistencia con la autorización previa ni las apelaciones
- ☐ **Verificación mensual de beneficios opcional (seleccione la opción si corresponde):**
Verificaciones mensuales de beneficios en función de la fecha de tratamiento del paciente

- ☐ **Servicio de asistencia completo:**
Asistencia que incluye la verificación inicial de beneficios, la autorización previa, las apelaciones y la evaluación de la elegibilidad para el programa
- ☐ **Verificación mensual de beneficios opcional (seleccione la opción si corresponde):**
Verificaciones mensuales de beneficios en función de la fecha de tratamiento del paciente

2. Información del paciente

* Nombre		* Apellido		* Número de teléfono Le enviaremos información a través de llamadas y mensajes de texto que no sean comerciales†.	
				☐ Celular ☐ Fijo	
* Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		* Sexo (con fines clínicos): Masculino ☐ Femenino ☐		ACEPTO recibir mensajes en el buzón de voz sobre COSENTYX: ☐ Sí ☐ No	
* Dirección (no se aceptan apartados postales)		Idioma preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____			
* Ciudad		* Estado		* Código postal	
				Correo electrónico	

Autorizo la divulgación de mi información médica personal al siguiente cuidador (opcional):

Nombre del cuidador		Relación con el paciente		Número de teléfono del cuidador Le enviaremos información a través de llamadas y mensajes de texto que no sean comerciales†.	
				☐ Celular ☐ Fijo	

3. Autorización del paciente y consentimientos de inscripción adicionales

Leí y acepto la Autorización del paciente que figura en la página 3.

X
* **Paciente/representante autorizado Firma** * **Fecha (MM/DD/AAAA)**

☐ Marque esta casilla si firma un representante autorizado.

COPAGO PLUS[†] PARA COSENTYX. Pague tan solo \$0

☐ Leí y acepto los términos y condiciones del Copago Plus que figuran en la página 3.

4. Información del seguro Incluya una copia (frente y dorso) de las tarjetas de seguro del paciente o complete la sección a continuación.

Marque todas las opciones que correspondan: ☐ El paciente es el titular de la póliza ☐ El paciente no tiene seguro ☐ Se incluyen imágenes de las tarjetas del seguro

* **Seguro médico principal** ☐ Privado ☐ Medicare Advantage ☐ Parte A/B de Medicare ☐ Medicaid ☐ Otro: _____

Seguro/pagador	Nombre del plan	Número de teléfono de la póliza
Número de identificación del miembro	Número de grupo	

Seguro médico secundario ☐ Privado ☐ Medicare Advantage ☐ Parte A/B de Medicare ☐ Medicaid ☐ Otro: _____

Seguro/pagador	Nombre del plan	Número de teléfono de la póliza
Número de identificación del miembro	Número de grupo	

NO ENVÍE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE POR FAX. TODAS LAS HISTORIAS CLÍNICAS COMPARTIDAS SERÁN DESTRUIDAS.

Para comunicar un evento adverso, llame al 1-888-NOW-NOVA
o visite www.novartis.com/report





Inscribese en línea en www.covermymeds.health. O complete todo el formulario y envíelo por fax a Novartis Patient Support al 844-666-1366 o al 800-343-9117. ¿Tiene preguntas? Llame al 844-267-3689. Si el formulario está incompleto, se podría retrasar el inicio del tratamiento.

Novartis Patient Support

FORMULARIO INICIAL de la formulación i.v. de COSENTYX® (secukinumab)

★ = CAMPO OBLIGATORIO

★ Nombre del paciente

★ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

5. Información del médico prescriptor

★ Nombre

★ Apellido

Número de acceso a transacciones del proveedor (PTAN)

★ Dirección

★ Nombre del centro médico

★ Ciudad

★ Estado

★ Código postal

★ Número de teléfono del centro médico

★ Número de NPI del médico prescriptor

Nombre de contacto en el centro médico

★ Número de identificación tributaria

Número de teléfono de contacto en el centro médico ★ Fax del centro médico

6. Información del centro de administración Si tiene previsto enviar a su paciente a otro centro para que reciba COSENTYX® (secukinumab) i.v., complete la siguiente información.

★ **Lugar:** ☐ Centro ambulatorio ☐ Consultorio del médico ☐ Infusión en el hogar ☐ Otro _____

Si conoce el centro alternativo de servicio, llene los siguientes datos:

★ Nombre del centro:

★ Fecha prevista de tratamiento con COSENTYX (MM/DD/AAAA)

★ Dirección

★ Número de NPI del centro

★ Número de identificación tributaria del centro

★ Ciudad

★ Estado

★ Código postal

★ Nombre de contacto en el centro

Número de teléfono del centro

Fax del consultorio

7. Información adicional

★ **Diagnóstico principal/códigos ICD-10-CM** (marque una opción):

☐ L40.5 Artritis psoriásica

☐ M45.0 Espondilitis anquilosante

☐ M45.A Espondiloartritis axial no radiográfica

☐ Otros códigos ICD-10-CM: _____

Diagnóstico secundario/áreas o manifestaciones especiales (opcional): _____

Certificación del médico prescriptor

Certifico que el tratamiento anterior es médicamente necesario y que la información suministrada es precisa a mi leal saber y entender. Certifico que soy el proveedor que ha recetado COSENTYX al paciente mencionado en este formulario. Certifico que cualquier medicamento recibido de Novartis Pharmaceuticals Corporation, sus filiales y proveedores de servicios ("Novartis") o de Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. y sus proveedores de servicios ("NPAF") se utilizará únicamente para el paciente mencionado en este formulario y no se ofrecerá para la venta, el comercio ni el canje, ni se presentará para obtener reembolsos de ningún tipo. Reconozco que la NPAF se dedica exclusivamente a fines relacionados con el cuidado de los pacientes y no procura remuneraciones de ningún tipo. Comprendo que Novartis y la NPAF pueden revisar, modificar o cancelar sus respectivos programas en cualquier momento. **Reconozco que no se enviará ninguna historia clínica a Novartis Patient Support junto con este Formulario inicial. He analizado Novartis Patient Support con mi paciente, quien me autorizó, en virtud de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y de la legislación del estado, a divulgar su información a Novartis con el fin limitado de inscribirse en Novartis Patient Support. Para completar esta inscripción, Novartis puede comunicarse con el paciente por teléfono, mensaje de texto y correo electrónico.**

X

★ Firma del médico prescriptor

★ Nombre del médico prescriptor (en letra de imprenta)

★ Fecha (MM/DD/AAAA)

NO ENVÍE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE POR FAX. TODAS LAS HISTORIAS CLÍNICAS COMPARTIDAS SERÁN DESTRUIDAS.

Para comunicar un evento adverso, llame al 1-888-NOW-NOVA
o visite www.novartis.com/report

Autorización del paciente. Autorizo a mis proveedores de atención médica, farmacias y aseguradoras de salud, como así también a sus proveedores de servicios ("Proveedores") a divulgar información relacionada con mis beneficios de seguro, afección, tratamiento y detalles de la receta ("Información personal") a Novartis Pharmaceuticals Corporation, sus filiales y proveedores de servicios ("Novartis"), y Novartis Patient Assistance Foundation, Inc., como así también a sus proveedores de servicios ("NPAF") para que puedan prestar los siguientes servicios de asistencia (los "Servicios"):

- Ayudar a coordinar la cobertura de seguro para mis medicamentos, el acceso a estos y su recepción.
- Comunicarse conmigo con respecto a posibilidades de asistencia financiera, incluidos los programas de copago o de la NPAF de Novartis y, si estoy inscrito, administrar mi participación en esos programas.
- Comunicarse conmigo acerca de mi medicamento y tratamiento, lo que incluye recordatorios, consejos de salud y estilo de vida, información sobre productos e información relacionada de otro tipo. Las comunicaciones pueden adaptarse en función de la Información personal obtenida de mis Proveedores.
- Llevar a cabo controles de calidad y realizar actividades comerciales internas de otro tipo, y solicitar comentarios relacionados con los Servicios o mi tratamiento.

Mientras prestan los Servicios, Novartis y la NPAF pueden compartir mi Información personal entre sí, con mis Proveedores o con organismos del gobierno u otros programas de asistencia financiera que podrían ayudarme a pagar mis medicamentos. Pueden combinar la información que hayan obtenido de mí con la información recopilada de otras fuentes y utilizar esa información para administrar los Servicios. Mis farmacias u otros proveedores de atención médica pueden recibir pagos de Novartis o la NPAF por la prestación de determinados Servicios, como medicamentos o recordatorios de recarga, según mi estado de inscripción o participación. Una vez que autorice la divulgación de mi Información personal, esta podrá ya no estar protegida por la ley federal de privacidad de la salud ni las leyes vigentes del estado.

Comprendo que no tengo que firmar esta Autorización para obtener los medicamentos ni la cobertura del seguro, que tengo derecho a recibir una copia y que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento si llamo al 844-267-3689 o escribo a:

Novartis Patient Support
Novartis Pharmaceuticals Corporation
One Health Plaza
East Hanover, NJ 07936-1080

Esta Autorización vencerá cinco años después de que la firme o antes, si así lo exigiera la legislación del estado, a menos que la cancele con anterioridad. Para los proveedores de atención médica de Maryland, esta autorización vence un año después de la fecha de firma. Si la cancelo, es posible que ya

no cumpla con los requisitos para acceder a los Servicios de Novartis o de la NPAF, pero esto no afectará el tratamiento de mi Proveedor ni mis beneficios de seguro. También comprendo que, si un Proveedor divulga mi Información personal a Novartis o la NPAF de manera no autorizada y constante, mi cancelación tendrá vigor con respecto a ese Proveedor en cuanto reciba la notificación de cancelación. La cancelación no afectará ningún uso o divulgación que se hayan producido con anterioridad.

* Novartis Patient Support podrá llamar y enviarle mensajes de texto a los números indicados con fines no comerciales (por ejemplo, para ayudarlo a acceder a COSENTYX e iniciar el tratamiento con el medicamento). Las llamadas pueden ser automáticas o pregrabadas. Pueden aplicarse tarifas por el uso de mensajes y datos. Puede modificar sus preferencias de comunicación en cualquier momento llamando al 844-267-3689.

***Términos y condiciones de Copago Plus.** Oferta válida solo cuando se usa con un seguro médico comercial. La oferta no está disponible en los siguientes casos:

- el paciente tiene beneficios de un plan de salud federal o estatal (por ejemplo, Medicare, Medicaid, TRICARE, VA);
- el plan de salud reembolsa el costo total del medicamento;
- el plan de salud no proporciona cobertura para el medicamento; o
- está prohibido por la ley.

La cantidad de fondos disponibles del Programa está sujeta a un límite anual. Novartis se reserva el derecho de interrumpir la disponibilidad de la asistencia con copagos si, en cualquier momento, Novartis determina que el paciente está sujeto a un programa de maximización de copagos. Los maximizadores de copagos son programas implementados por planes de salud en los que se aumenta el monto del costo que el paciente paga directamente de su bolsillo para reflejar la disponibilidad de la asistencia ofrecida por un programa de asistencia del fabricante. El paciente es responsable de todos los costos cuando se agotan los fondos disponibles del Programa.

El Programa está diseñado exclusivamente para el beneficio del paciente. La cantidad de fondos disponibles puede reducirse o eliminarse si el plan de salud del paciente no la acredita para las obligaciones a cargo del bolsillo del paciente (por ejemplo, deducibles, gastos máximos de bolsillo anuales). Los fondos del Programa también pueden reducirse o eliminarse si el plan de salud del paciente, directa o indirectamente, ajusta o reduce los beneficios del plan de salud o renuncia a estos en función de la disponibilidad del Programa o la inscripción del paciente en este, o actúa de otra manera que afecte materialmente estos Términos y condiciones.

Solo el paciente o su tutor legal o cuidador pueden inscribir al paciente en el Programa. Los planes de salud, las farmacias especializadas, los administradores de beneficios de farmacia y sus agentes y representantes (individual y colectivamente, los "Administradores del Plan") tienen prohibido inscribir pacientes en el Programa.

Los pacientes del Programa son responsables de notificar a Novartis cualquier cambio en la cobertura de medicamentos recetados de su plan de salud que pueda entrar en conflicto con el cumplimiento de estos Términos y condiciones o afectarlos de otro modo. Al aceptar los fondos del Programa de Novartis en nombre de los pacientes participantes, los Administradores del Plan se comprometen a no realizar ninguna acción que afecte materialmente al cumplimiento de estos Términos y condiciones.

Los pacientes no pueden solicitar a ninguna otra parte el reembolso del valor recibido del Programa (por ejemplo, planes de salud, cuentas de gastos flexibles o cuentas de ahorros para la atención médica). Los pacientes son responsables de cumplir con cualquier limitación y requisito vigentes de su plan médico en relación con el uso del Programa.

Válido únicamente en los Estados Unidos y Puerto Rico. La asistencia con los copagos por el costo de administración de la infusión no está disponible en Rhode Island ni Massachusetts.

Este Programa no es un seguro médico y no puede combinarse con ningún reembolso, cupón u oferta de terceros. Novartis se reserva el derecho a rescindir, revocar o modificar el Programa en cualquier momento y sin aviso.

Consulte la [Política de privacidad](#) completa de Novartis Pharmaceuticals Corporation y los [Términos de uso del servicio móvil](#).