

LEQVIO® Autorización del paciente y consentimientos adicionales



Teléfono: 833-LEQVIO2 Fax: 877-537-8468 (877-LEQVIO8) Portal del Centro de Servicios: ServiceCenterPortal.com

= CAMPOS OBLIGATORIOS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE. EL FORMULARIO NO PUEDE PROCESARSE SIN ESTA INFORMACIÓN.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

CÓDIGO POSTAL: _____ Correo electrónico (recomendado para inscribirse en la asistencia con los copagos): _____

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

He leído y acepto la Autorización del paciente que figura en la página 2.

_____ ____ / ____ / ____
Firma del paciente/tutor legal Fecha de firma (MM/DD/AAAA)

Programa de copagos de LEQVIO

He leído y acepto los términos y condiciones del Programa de copagos que figuran en la página 2.

Asistencia continua del Programa de atención de LEQVIO

Inscribirme en la asistencia telefónica de LEQVIO Care, un programa opcional para ayudarme a seguir el plan de tratamiento que incluye mi propio especialista de atención al paciente dedicado que me brindará recordatorios sobre mis medicamentos, consejos para llevar una vida sana y otras herramientas. Al marcar esta casilla, acepto recibir llamadas y mensajes de texto en el número de teléfono indicado. Comprendo que las llamadas y los mensajes de texto pueden realizarse con discado automático o estar pregrabados y no constituyen una condición de compra*.

Determinar la elegibilidad financiera

Si tiene dificultades financieras, no puede pagar los costos de su tratamiento y cuenta con cobertura para medicamentos recetados limitada o no tiene cobertura, podría ser elegible para recibir medicamentos de Novartis de manera gratuita a través de la Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. (NPAF). El Centro de Servicios puede ponerlo en contacto con la NPAF para determinar su elegibilidad.

Si tiene preguntas, llame al **833-LEQVIO2**.

Una vez completada, envíe solo esta página por fax al **877-537-8468 (877-LEQVIO8)**.

Continúa en la página siguiente

LEQVIO® Autorización del paciente y consentimientos adicionales



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 médica, tratamiento y detalles de la receta (“Información personal”) a Novartis Pharmaceuticals Corporation, sus filiales y proveedores de servicios (“Novartis”) y a la 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 la NPAF o de copago de Novartis y, si estoy inscripto, 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 de 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 de la NPAF por la prestación de determinados aspectos de los Servicios, como medicamentos o recordatorios de resurtido, según mi estado de inscripción o participación. Una vez que autorice la divulgación de mi Información personal, podría 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 llamando al 833-LEQVIO2 o escribiendo a:

CareMetx	O	Customer Interaction Center
610 Crescent Executive Court,	BIEN	Novartis Pharmaceuticals Corporation
Suite 200		One Health Plaza
Lake Mary, FL 32746		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. 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 mis Proveedores ni mis beneficios de seguro. También comprendo que, si un Proveedor divulga mi Información personal a Novartis o a 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.

Términos y condiciones del Programa de copagos

Se aplican limitaciones. Válido solo para las personas con seguro comercial. El Programa puede incluir la tarjeta de copago, la tarjeta de pago (si corresponde) y el reembolso, con un beneficio máximo por tratamiento de \$3000 y un límite anual de beneficios de \$3600. Para los pacientes cubiertos por el beneficio médico, el reembolso por los gastos de bolsillo se asignará directamente al proveedor, a menos que el paciente solicite el reembolso directo. El paciente es responsable de cualquier costo una vez que alcance el límite en un año calendario. El Programa no es válido: (i) en virtud de Medicare, Medicaid, TRICARE, VA, DoD o cualquier otro programa de atención médica federal o estatal; (ii) cuando el paciente no esté utilizando ninguna cobertura de seguro; (iii) cuando el plan de seguro del paciente reembolse el costo total del fármaco; o (iv) cuando el producto no esté cubierto por el seguro del paciente. El valor de este programa es exclusivamente para el beneficio de los pacientes y está destinado a cubrir las obligaciones y los máximos a cargo del bolsillo del paciente, lo que incluye copagos, coseguros y deducibles correspondientes. El Programa no es válido donde lo prohíba la ley. El paciente no puede tratar de obtener un reembolso por el valor recibido a través de este programa de otras partes, lo que incluye cualquier programa o plan de seguro médico, una cuenta de gastos flexibles o una cuenta de ahorros para la atención médica. El paciente es responsable de cumplir con cualquier limitación y requisitos vigentes de su plan médico relacionados con el uso del Programa. Válido únicamente en los Estados Unidos y Puerto Rico. Este Programa no es un seguro médico. El Programa no puede combinarse con un reembolso, cupón u oferta de ningún tercero. Se puede exigir el comprobante de compra. Novartis se reserva el derecho a rescindir, revocar o modificar el Programa e interrumpir la asistencia en cualquier momento y sin aviso previo.

*El Centro de Servicios de LEQVIO podrá llamarlo y enviarle mensajes de texto a los números indicados con fines no comerciales (por ejemplo, para ayudarlo a acceder a LEQVIO e iniciar el tratamiento con este 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 833-LEQVIO2.

Página 2 de 2 www.novartis.us

Con licencia de Alnylam Pharmaceuticals, Inc.

Novartis Pharmaceuticals Corporation
East Hanover, New Jersey 07936-1080

© 2024 Novartis

1/24

398903