



Inscríbase 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 COSENTYX® (secukinumab)

* = CAMPO OBLIGATORIO

Administración subcutánea. Incluye:

Asistencia con la cobertura, autorización previa y apelaciones:

Asistencia que incluye la verificación inicial de beneficios, la autorización previa y las apelaciones

1. Información del paciente Para los pacientes menores de 18 años, indique el correo electrónico y el número de teléfono del padre, la madre o el representante autorizado.

* Nombre	* Apellido	* Número de teléfono	☐ Celular ☐ Fijo
		<i>Le enviaremos información a través de llamadas y mensajes de texto que no sean comerciales†.</i>	
* Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	* Sexo (con fines clínicos): ☐ Masculino ☐ Femenino	ACEPTO recibir mensajes en el buzón de voz sobre COSENTYX: ☐ Si ☐ 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	☐ Celular ☐ Fijo
		<i>Le enviaremos información a través de llamadas y mensajes de texto que no sean comerciales†.</i>	

2. Autorización del paciente y consentimientos de inscripción adicionales

Leí y acepto la Autorización del paciente que figura en la página 4.

X

* Paciente/representante autorizado Firma

COPAGO PLUS[‡] PARA COSENTYX

Pague tan solo \$0

☐ Leí y acepto los términos y condiciones del Copago Plus que figuran en la página 4.

* Fecha (MM/DD/AAAA)

☐ Marque esta casilla si firma un representante autorizado.

OBTENGA ACCESO A LA ASISTENCIA CONTINUA

☐ Me gustaría inscribirme para acceder a la asistencia continua. Recibiré consejos, recursos y recordatorios sobre COSENTYX de Novartis Patient Support en los números de teléfono móvil que proporcioné más arriba †.

† Al marcar esta casilla, acepto recibir llamadas y mensajes de texto comerciales recurrentes de Novartis Pharmaceuticals Corporation y en su nombre. Estas llamadas y mensajes de texto pueden ser automáticos o grabados con anticipación. El número de llamadas y la frecuencia de los mensajes varía. Mi consentimiento no es una condición para recibir ningún producto o servicio de Novartis. Puedo elegir no participar en el programa en cualquier momento llamando al 844-267-3689. También puedo enviar un mensaje de texto con la palabra "STOP" a cualquier mensaje sobre la asistencia continua de Novartis Patient Support para dejar de recibir mensajes de texto o con la palabra "HELP" para obtener más información sobre este servicio. Pueden aplicarse tarifas por el uso de mensajes y datos.

3. 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 de seguro

* Seguro de farmacia

☐ Privado

☐ Medicare Advantage

☐ Parte D de Medicare

☐ Medicaid

☐ Otro: _____

Si es independiente del seguro médico

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

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	

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





Inscríbese 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 COSENTYX® (secukinumab)

* = CAMPO OBLIGATORIO

* Nombre del paciente

* Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

4. Información del médico prescriptor

* Nombre

* Apellido

* Nombre del centro médico

* Dirección

* Número de teléfono del centro médico

* Ciudad

* Estado

* Código postal

Nombre de contacto en el centro médico

* Número de NPI del médico prescriptor

Número de teléfono de contacto en el centro médico

* Fax del centro médico

Número de identificación tributaria

5. Información adicional

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

☐ L40.0 Psoriasis en placas ☐ L40.5 Artritis psoriásica ☐ L40.54 Artropatía juvenil psoriásica ☐ L73.2 Hidrosadenitis supurativa

☐ M08.90 Artritis juvenil, sin especificar ☐ M45.0 Espondilitis anquilosante ☐ M45.A Espondiloartritis axial no radiográfica

☐ Otros códigos de ICD-10-CM: _____

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

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





Inscríbase 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 COSENTYX® (secukinumab)

★ = CAMPO OBLIGATORIO

★ Nombre del paciente

★ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

6. Información de la receta

Farmacia especializada preferida por el HCP (opcional): _____

☐ La receta del paciente se ha enviado a la farmacia especializada que se indica aquí

★ Receta para la farmacia:

Marque una sola casilla en cada columna correspondiente.

Información del producto (uso en adultos)	Dosis/cantidad (28 días)	Recargas
COSENTYX 150 mg ☐ Pluma Sensoready® (1 x 150 mg/ml) ☐ Jeringa precargada (1 x 150 mg/ml)	☐ Dosis de carga: Inyectar 150 mg por vía subcutánea en las semanas 0, 1, 2, 3 ☐ Mantenimiento: Inyectar 150 mg por vía subcutánea en la semana 4, luego, en adelante, cada cuatro semanas	N/A 12 recargas o ____ recargas
COSENTYX 300 mg ☐ Pluma UnoReady® (1 x 300 mg/2 ml) ☐ Pluma Sensoready® (2 x 150 mg/ml) ☐ Jeringa precargada (2 x 150 mg/ml)	☐ Dosis de carga: Inyectar 300 mg por vía subcutánea en las semanas 0, 1, 2, 3 ☐ Mantenimiento: Inyectar 300 mg por vía subcutánea en la semana 4, luego, en adelante, cada cuatro semanas ☐ Aumento de mantenimiento (solo para la hidrosadenitis supurativa): Inyectar 300 mg por vía subcutánea cada dos semanas (para los pacientes que actualmente reciben COSENTYX cada cuatro semanas según la ficha técnica. Dosis de carga ya completada).	N/A 12 recargas o ____ recargas 12 recargas o ____ recargas

Marque una sola casilla en cada columna correspondiente.

Información del producto (uso pediátrico)	Dosis/cantidad (28 días)	Recargas
COSENTYX 75 mg (peso <50 kg) ☐ Jeringa precargada (1 x 75 mg/ml)	☐ Dosis de carga: Inyectar 75 mg por vía subcutánea en las semanas 0, 1, 2, 3 ☐ Mantenimiento: Inyectar 75 mg por vía subcutánea en la semana 4, luego, en adelante, cada cuatro semanas	N/A 12 recargas o ____ recargas
COSENTYX 150 mg (peso ≥50 kg) ☐ Pluma Sensoready® (1 x 150 mg/ml) ☐ Jeringa precargada (1 x 150 mg/ml)	☐ Dosis de carga: Inyectar 150 mg por vía subcutánea en las semanas 0, 1, 2, 3 ☐ Mantenimiento: Inyectar 150 mg por vía subcutánea en la semana 4, luego, en adelante, cada cuatro semanas	N/A 12 recargas o ____ recargas

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 (surtir tal como se indica por escrito)

(Sustitución permitida)

★ Nombre del médico prescriptor (en letra de imprenta)

★ Fecha (MM/DD/AAAA)

ATENCIÓN: Respete las pautas de recetado de su estado para la generación de recetas electrónicas (si corresponde).

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 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 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.

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

* 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.

El Programa Bridge es válido únicamente para la inyección subcutánea de COSENTYX. Los pacientes elegibles deben tener un seguro privado, una receta para COSENTYX válida y una autorización previa, determinación previa o excepción médica que haya sido denegada. El Programa requiere la presentación de una apelación de la denegación de cobertura dentro de los primeros 90 días de la inscripción para seguir siendo elegible. El Programa proporciona a los pacientes elegibles COSENTYX por hasta dos años o hasta que reciban la aprobación de la cobertura del seguro, lo que ocurra primero. Es necesario presentar una receta válida que se ajuste a la ficha técnica aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). El Programa no está disponible para pacientes cuyos medicamentos sean reembolsados total o parcialmente por Medicare, Medicaid, TRICARE o cualquier otro programa federal o estatal. Se les puede pedir a los pacientes que verifiquen nuevamente el estado de la cobertura del seguro durante el transcurso del programa. Sin obligación de compra. El Programa no es un seguro médico ni la participación representa una garantía de cobertura del seguro. Pueden aplicarse limitaciones adicionales. Novartis Pharmaceuticals Corporation se reserva el derecho a rescindir, revocar o modificar este Programa sin aviso previo.