



Complete todo el formulario y envíelo por fax a Apoyo al paciente de Novartis al 1-855-951-4363 O suba el formulario completado en www.zolgensma-enrollment.com o www.itvisma-enrollment.com. ¿Tiene preguntas? Comuníquese al 1-855-441-4363.

Novartis Patient Support™

ZOLGENSMA® (onasemnogene abeparvovec-xioi) ITVISMA® (onasemnogene abeparvovec-brve) AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

Información del paciente y del progenitor/representante legal

= REQUERIDO

Nombre del paciente (nombre y apellido)

Código postal

Correo electrónico

Nombre del paciente o del progenitor/representante legal, en letra de imprenta (nombre y apellido)

Fecha (MM/DD/AAAA)

X

Firma del paciente o del progenitor/representante legal

Fecha (MM/DD/AAAA)

Información adicional del cuidador para llamadas de apoyo del cuidador (opcional)

Doy permiso para divulgar mi información de salud personal/la del paciente a los siguientes cuidadores adicionales en caso de que el progenitor/representante legal no esté disponible:

Nombre del cuidador adicional	Relación con el paciente	Número de teléfono del cuidador <i>Mantendremos informado al cuidador a través de llamadas y mensajes de texto sin fines de comercialización. *</i>	<input type="checkbox"/> Teléfono móvil	<input type="checkbox"/> Teléfono particular
Nombre del cuidador adicional	Relación con el paciente	Número de teléfono del cuidador <i>Mantendremos informado al cuidador a través de llamadas y mensajes de texto sin fines de comercialización. *</i>	<input type="checkbox"/> Teléfono móvil	<input type="checkbox"/> Teléfono particular

Marque las casillas a continuación para señalar los servicios de apoyo al paciente de Novartis que desea recibir.

Autorización del paciente y consentimientos de inscripción

He leído y acepto la Autorización del paciente de la página 2.

APOYO PARA COPAGOS[†]

- Inscripción en el programa CopayAssist™

He leído y acepto los términos y condiciones de CopayAssist™ de la página 2 de este recurso.

LLAMADAS DE APOYO PARA EL PACIENTE/CUIDADOR*

- Apoyo telefónico dedicado para ayudar a los pacientes/cuidadores a transitar el proceso antes y después del tratamiento

Me gustaría inscribirme para acceder al apoyo continuo. Recibiré consejos, recursos y recordatorios de Apoyo al paciente de Novartis en el/los número(s) de teléfono móvil que proporcioné anteriormente.

Al marcar esta casilla, acepto recibir llamadas y mensajes de texto de comercialización recurrentes de Novartis Pharmaceuticals Corporation y en su nombre. Estas llamadas y mensajes de texto pueden ser automáticos o grabarse por adelantado. La cantidad de llamadas y la frecuencia de los mensajes varían. Mi consentimiento no es una condición para obtener bienes o servicios de Novartis. Puedo optar por salir del programa en cualquier momento llamando al 1-855-441-4363.

(ITVISMA SOLAMENTE) EXTRACCIÓN DE SANGRE EN EL DOMICILIO PARA EL MONITOREO POSTERIOR AL TRATAMIENTO[‡]

Me gustaría inscribirme para la extracción de sangre en el domicilio para el monitoreo posterior al tratamiento.

No envíe por fax los registros médicos del paciente.



Complete todo el formulario y envíelo por fax a Apoyo al paciente de Novartis al 1-855-951-4363 O suba el formulario completado en www.zolgensma-enrollment.com o www.itvisma-enrollment.com. ¿Tiene preguntas? Comuníquese al 1-855-441-4363.

Novartis Patient Support™

ZOLGENSMA® (onasemnogene abeparvovec-xioi)
ITVISMMA® (onasemnogene abeparvovec-brve)
AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y FORMULARIO
DE CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

Autorización del paciente. Autorizo a mis proveedores de atención médica/los proveedores de atención médica de mi paciente, incluidos los laboratorios de pruebas, farmacias y aseguradoras de salud, y sus proveedores de servicios (“Proveedores”) a divulgar información relacionada con mis beneficios de seguro/los beneficios de seguro del paciente, afección médica, tratamiento, información genética, incluidos los resultados de pruebas genéticas y detalles de prescripción, e información financiera necesaria para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera (“Información personal”) a Novartis Pharmaceuticals Corporation, sus filiales y proveedores de servicios (“Novartis”) y Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. y sus proveedores de servicios (“NPAF”) para que puedan prestar los siguientes servicios:

- Comunicarse con los proveedores del paciente sobre el tratamiento y el pago del tratamiento.
- Verificar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera proporcionada por NPAF y administrar la participación del paciente en NPAF si está inscrito.
- Ayudar a coordinar la cobertura del seguro, el acceso y la recepción del medicamento, si ese servicio se selecciona arriba.
- Comunicarse con los proveedores acerca de los resultados de las pruebas de laboratorio, si ese servicio se selecciona arriba.
- Administrar el programa CopayAssist™ de ZOLGENSMA o ITVISMMA si ese servicio se selecciona arriba.
- Administrar llamadas de apoyo al cuidador, si ese servicio se selecciona arriba.
- Realizar actividades de aseguramiento de calidad y otras actividades comerciales internas.
- Pedir comentarios relacionados con los servicios o con mi tratamiento.

Al prestar los servicios, Novartis y NPAF pueden compartir mi información personal/la información personal del paciente entre sí y con mis proveedores/los proveedores del paciente. Pueden combinar la información recopilada acerca de mí/del paciente con información recopilada de otras fuentes y utilizar esa información para administrar los servicios. Mis farmacias u otros proveedores de atención médica podrán recibir pagos de Novartis o NPAF por prestar determinados servicios sobre la base de mi inscripción o participación. Una vez que autorice la divulgación de mi información personal/la del paciente, es posible que esta deje de estar protegida por las leyes federales y estatales de privacidad de salud aplicables.

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para recibir el medicamento o la cobertura de seguro para mí/el paciente, que tengo derecho a recibir una copia y que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento llamando al 1-855-441-4363 o escribiendo a:

UBC en nombre de Novartis Pharmaceuticals Corporation, 600 Emerson Road, Suite 300, Creve Coeur, MO 63141

Esta autorización caducará 5 años después de que yo/el paciente la firme, o antes, si así lo exige la ley estatal, a menos que yo/el paciente la cancele antes. Si yo/el paciente la cancela, yo/el paciente podría dejar de calificar para los servicios de Novartis o NPAF, pero esto no afectará el tratamiento de mi proveedor ni mis beneficios de seguro. También entiendo que si un proveedor revela mi información personal/la del paciente a Novartis o NPAF de manera continua y autorizada, la cancelación entrará en vigencia con respecto a dicho proveedor tan pronto como este reciba el aviso de la cancelación. La cancelación no afectará usos o divulgaciones anteriores.

*Apoyo al paciente de Novartis puede llamarlo y enviarle mensajes de texto a los números proporcionados sin fines de comercialización (p. ej., para ayudarlo a acceder a ZOLGENSMA o ITVISMMA y comenzar a usarlos). Las llamadas pueden ser de marcado automático o pregrabadas. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Puede cambiar sus preferencias de comunicación en cualquier momento llamando al 1-855-441-4363.

† **Rigen limitaciones.** Válido solo para aquellos que tienen seguro privado. El programa incluye la oferta del programa CopayAssist™ Plus, la tarjeta Plus (si corresponde) y el reembolso, con un límite anual combinado de hasta \$20,000. El paciente es responsable de cualquier costo una vez que se alcanza el límite en un año calendario. El programa no es válido (i) con Medicare, Medicaid, TRICARE, VA, DoD ni ningún otro programa de atención médica federal o estatal; (ii) cuando el paciente no usa en absoluto la cobertura del seguro; (iii) cuando el plan de seguro del paciente reembolsa el costo total del medicamento; o (iv) cuando el seguro del paciente no cubre el medicamento. El valor de este programa es exclusivamente para beneficio de los pacientes y tiene como objeto acreditarse para el pago de máximos y obligaciones de bolsillo del paciente, incluidos los copagos, el coaseguro y los deducibles aplicables. El programa no es válido donde la ley lo prohíbe. El paciente no puede solicitar el reembolso por el valor recibido mediante este programa a otras partes, incluidos cualquier programa o plan de seguro médico, cuenta de gastos flexibles o cuenta de ahorros para atención médica. El paciente es responsable de cumplir con todas las limitaciones y los requisitos correspondientes de su plan médico en relación con el uso del programa. Válido solo en Estados Unidos y Puerto Rico. Este programa no es un seguro médico. El programa no puede combinarse con ningún reembolso, cupón u oferta de terceros. Es posible que se exija un comprobante de compra. Novartis se reserva el derecho de rescindir, revocar o enmendar el programa e interrumpir el apoyo en cualquier momento, sin previo aviso.

‡ **Se aplican limitaciones.** Póngase en contacto con el Apoyo al paciente de Novartis en el 1-855-441-4363 para obtener más información.

Consulte la [Política de privacidad](#) completa de Novartis Pharmaceuticals Corporation y los [Términos de uso para dispositivos móviles](#).

No envíe por fax los registros médicos del paciente.

