

FORMULARIO DE INICIO DE ILARIS

✉ IlarisSupportProgram@ubc.com

☎ 1-866-972-8315

📞 1-866-972-8316

ILARIS
(canakinumab)
150 mg subcutaneous injection

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido del paciente	Nombre	Segundo nombre		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nombre del cuidador	Relación del cuidador con el paciente	Fecha de nacimiento	Peso	
Ciudad	Estado	Código postal	Dirección	
Correo electrónico*	Teléfono particular	Teléfono celular*		

Póngase en contacto conmigo mediante (opcional): ☐ Teléfono móvil ☐ Teléfono particular ☐ Correo electrónico
La mejor hora para llamar (opcional): ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche

Idioma preferido (opcional): ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____ ¿Está de acuerdo en que dejemos un mensaje? ☐ Sí ☐ No

***Para pacientes menores de 18 años, proporcione el correo electrónico y la información del teléfono móvil de los padres o el cuidador.**

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE (OBLIGATORIA)

Confirmando que la información que se proporciona es completa y exacta a mi leal saber y entender.

He leído y acepto la autorización del paciente requerida detallada en la página 3 para inscribirme en ILARIS Companion.

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)

Los pacientes también pueden otorgar su consentimiento por vía electrónica en www.hipaaconsent.com

NO SE PUEDE PROCESAR ESTE FORMULARIO SIN EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Servicios de asistencia opcional de ILARIS Companion

☐ He leído y aceptado el Consentimiento a la Ley de Protección al Consumidor de Telefonía (Telephone Consumer Protection Act, TCPA) en la página 3.

Programa de copago de ILARIS (casilla de verificación obligatoria si se solicita)

☐ He leído los términos y condiciones del Programa de copago de ILARIS de la página 4 y los acepto. Indico al Programa de copago de ILARIS que realice pagos de beneficios de copago en mi nombre directamente a mis profesionales de atención médica para reclamaciones que cumplan con los requisitos.

2 INFORMACIÓN DEL SEGURO – Incluya una copia de la(s) tarjeta(s) de seguro (frontal y posterior) y complete toda la información a continuación

Nombre del beneficiario/titular de la tarjeta	Nombre del seguro de salud para medicamentos de venta bajo receta
Nombre del seguro médico	Teléfono del seguro médico
Número de identificación del seguro médico	Número de grupo
Número de grupo	BIN
PCN	

SERVICIOS/INFORMACIÓN DE APOYO ADICIONAL

Si es necesario, ¿se ha enviado una autorización previa? ☐ Sí ☐ No ¿El paciente ya tiene tarjeta de copago? ☐ Sí ☐ No

¿No se ha solicitado ningún servicio/solo investigación de beneficios? ☐ Sí ☐ No ¿El consultorio comprará y facturará a ILARIS? ☐ Sí ☐ No

3 INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE EMITE LA RECETA

Nombre de la persona que emite la receta	Número de NPI	N.º de ID fiscal
Nombre de la práctica/Ubicación de la oficina	Teléfono	Fax
Dirección.	Nombre/Contacto principal del consultorio	
Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico		

Pase a la sección 4 de la página 2

Apellido del paciente

Nombre

Fecha de nacimiento

4 INFORMACIÓN DE LA RECETA (OBLIGATORIA)

Rx: ILARIS® (canakinumab) Inyección 150 mg/ml, solución de vial de 1 ml

NDC de 10 dígitos: 0078-0734-61

Para M08.2, M08.9 y M10.0-M10.4, asegúrese de especificar el sitio anatómico seguido de otro número para especificar la lateralidad del sitio afectado.

Diagnóstico principal/códigos ICD-10-CM (marque una opción) Dosis (mg): _____ Peso corporal del paciente: _____

☐ M04.2 CAPS (incluye FCAS y MWS)

☐ M04.1 FMF, HIDS/MKD y TRAPS

☐ M06.1 Enfermedad de Still de inicio en la edad adulta

☐ M08.2 _____ Artritis reumatoide juvenil de inicio sistémico (enfermedad de Still, NOS)

☐ M08.9 _____ Artritis juvenil, no especificada

☐ M10. _____ Exacerbaciones de gota: Introduzca el código* apropiado y el centro, si corresponde

☐ Otro(s) código(s) ICD-10-CM: _____

Cantidad de vial(es) para ILARIS de 150 mg/ml (incluye suministros): _____

Los suministros por vial incluyen (uno por vial):

- Jeringa de 1 ml
- Aguja de 27 G x 0.5" (13 mm) para administración
- Aguja de 18 G x 2" (50 mm) para retiro del medicamento

Administrar por vía subcutánea cada: _____ Semanas
N.º de renovaciones: _____

¿Se ha enviado una receta a una farmacia especializada?

☐ Sí Nombre de la farmacia especializada: _____ ☐ No

*0 = Gota idiopática; 1 = gota inducida por plomo; 2 = gota inducida por fármaco; 3 = gota por insuficiencia renal; 4 = otra gota secundaria; 9 = gota, sin especificar.

*Tenga en cuenta que puede ser necesaria una receta adicional según las leyes de farmacia específicas del estado.

Solo como referencia: no escriba en este cuadro

CAPS: La dosis recomendada basada en el peso para pacientes >40 kg es de 150 mg por vía subcutánea, cada 8 semanas. Para pacientes ≥15 kg y ≤40 kg: 2 mg/kg por vía subcutánea, cada 8 semanas.

Para pacientes pediátricos de 15 kg a 40 kg con una respuesta inadecuada, la dosis puede ser aumentada a 3 mg/kg por vía subcutánea, cada 8 semanas.

FMF, HIDS/MKD, TRAPS: La dosis recomendada basada en el peso para pacientes >40 kg es de 150 mg por vía subcutánea, cada 4 semanas. La dosis se puede aumentar a 300 mg cada 4 semanas si la respuesta clínica no es adecuada.

Para pacientes ≤40 kg, la dosis inicial es de 2 mg/kg por vía subcutánea, cada 4 semanas. La dosis se puede aumentar a 4 mg/kg cada 4 semanas si la respuesta clínica no es adecuada.

Enfermedad de Still (AOSD y SJIA): La dosis recomendada basada en el peso para los pacientes ≥7.5 kg es de 4 mg/kg (con una dosis máxima de 300 mg) por vía subcutánea, cada 4 semanas.

Exacerbaciones de gota: La dosis recomendada es de 150 mg por vía subcutánea. En los pacientes que requieran retratamiento, debe haber un intervalo de al menos 12 semanas antes de que se pueda administrar una nueva dosis de ILARIS.

5 SERVICIOS DE ASISTENCIA[‡] (OPCIONAL)

Servicio de enfermería de atención domiciliaria:

Los médicos pueden solicitar a un miembro del personal de enfermería que administre ILARIS en el domicilio de un paciente de forma gratuita.

☐ Sí, me interesa el servicio de enfermería a domicilio para mi paciente.

[‡]Se aplican limitaciones. Póngase en contacto con ILARIS Companion llamando al 1-866-972-8315 para obtener más información.

CERTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE EMITE LA RECETA

Certifico que la terapia antes mencionada es necesaria desde el punto de vista médico y que la información proporcionada es certera a mi leal saber y entender. Certifico que soy la persona que ha emitido la receta de ILARIS al paciente previamente identificado. He hablado de ILARIS Companion con mi paciente, quien me ha autorizado en virtud de la HIPAA y la legislación estatal a divulgar su información a Novartis con el fin limitado de inscribirlo en ILARIS Companion. Para completar esta inscripción, Novartis puede ponerse en contacto con el paciente por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico. Acepto la Autorización de NPAF en la página 4. También acepto recibir comunicaciones, incluidos faxes, relacionadas con la inscripción o participación de mi paciente en ILARIS Companion. La persona que emite la receta debe cumplir con los requisitos de prescripción específicos de su estado, como la prescripción electrónica, el formulario de prescripción específico del estado, el idioma del fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado podría dar lugar a la difusión a la persona que emite la receta. Autorizo a Novartis Pharmaceuticals Corporation y a sus proveedores de servicios y a Novartis Patient Assistance Foundation Inc., y a sus proveedores de servicios a transmitir la prescripción anterior por cualquier medio permitido por la legislación aplicable a la farmacia especializada apropiada para mi paciente.

FIRME AQUÍ (OBLIGATORIO)

Firma de la persona que emite la receta para la sustitución permitida

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)

Firma de la persona que emite la receta para la dispensación tal y como está escrita (DAW) Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)

EL FORMULARIO NO SE PROCESARÁ SI LOS SIGUIENTES DATOS SE ENCUENTRAN INCOMPLETOS.

A la atención de: Siga las directrices de prescripción de su estado para recetas electrónicas (si corresponde).

FORMULARIO DE INICIO DE ILARIS

✉ IlarisSupportProgram@ubc.com

☎ 1-866-972-8315

☎ 1-866-972-8316

ILARIS
(canakinumab)
150 mg subcutaneous injection

Lea lo siguiente cuidadosamente, luego firme y escriba la fecha donde se indica en la página 1.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Otorgo permiso a mis proveedores de atención médica (HCP), farmacias, proveedores de servicios y sus contratistas ("Proveedores de atención médica"), aseguradoras médicas y sus contratistas ("Aseguradoras"), y contratistas externos, para que divulguen mi información personal, incluidos información sobre mis beneficios de seguro, recetas, mi afección médica e historial, cumplimiento de mi tratamiento y mi salud en general ("Información personal") a Novartis Pharmaceuticals Corporation, sus afiliados, socios comerciales y agentes ("Novartis"), y a Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. ("NPAF") (en conjunto, "las Empresas") para que las Empresas puedan: (i) ayudar a verificar o coordinar la cobertura de seguro u obtener el pago de mi tratamiento con ILARIS® (canakinumab), (ii) coordinar mi recibo de, y pago de ILARIS, (iii) facilitar mi acceso a ILARIS, (iv) proporcionarme información sobre los productos de Novartis, educación sobre enfermedades y programas de gestión, y materiales promocionales, (v) si soy elegible, coordinar el Programa de copago de ILARIS, incluidas la gestión y comunicación conmigo respecto a las opciones de ayuda con los copagos disponibles para mí, (vi) proporcionarme recordatorios y ayuda con los medicamentos, (vii) realizar aseguramiento de calidad, encuestas y otras actividades comerciales internas relacionadas con ILARIS Companion y otros programas relacionados, y (viii) si soy elegible para aplicar a programas que ofrezca la NPAF, administrar dichos programas y enviarme información sobre programas que puedan ayudarme a pagar los medicamentos, y coordinar o compartir mi Información personal con los Proveedores de atención médica, otros programas que pudieran ayudarme a pagar los medicamentos, agencias de gobierno y empresas de seguros con el objetivo de prestar o facilitar su asistencia.

Otorgo permiso a estas empresas para que divulguen mi información personal a cualquier proveedor de atención médica, aseguradoras, cuidadores y otros terceros contratados o prestadores de servicios para los fines descritos anteriormente. Asimismo, otorgo permiso a estas Empresas para que combinen o agreguen información que yo proporcioné con información que las Empresas puedan recopilar sobre mí a partir de otras fuentes para los fines de proveer o administrar los servicios del programa.

Entiendo que algunas de mis farmacias u otros Proveedores de atención médica pudieran recibir pago de estas Empresas dependiendo de mi inscripción o participación en servicios terapéuticos de apoyo, tales como recordatorios para renovar recetas. Comprendo que una vez que mi Información personal se divulgue, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales y estatales de privacidad correspondientes. Aun cuando es posible que la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) no aplique, las Empresas protegen los datos de los pacientes con medidas de seguridad razonables, y deberán usarla y compartirla solo para los propósitos especificados en esta autorización.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Además, también puedo revocar (cancelar) u obtener una copia de esta autorización en cualquier momento si llamo al 1-866-972-8315 o escribo al Centro de Interacción con el Cliente: Customer Interaction Center, Novartis Pharmaceuticals Corporation, One Health Plaza, East Hanover, NJ 07936-1080. Si cancelo mi consentimiento, ya no calificaré para recibir los servicios descritos. También entiendo que algunas de mis farmacias u otros Proveedores de atención médica pueden recibir pago de estas Empresas por divulgar mi Información personal según se indica en esta autorización y para servicios terapéuticos de apoyo dependiendo de mi inscripción o participación en los servicios terapéuticos de apoyo, tales como recordatorios para renovar recetas.

Mi negación o revocación futura no afectará mi tratamiento médico o beneficios de seguro; sin embargo, si revoco esta autorización, es posible que ya no pueda participar en ILARIS Companion ni en programas relacionados. Si revoco esta autorización, estas empresas dejarán de usar o compartir mi información (excepto que sea necesaria para dar por finalizada mi participación en el programa), pero la revocación no afectará los usos ni las divulgaciones de mi información personal divulgada anteriormente en virtud de esta autorización. Comprendo que esta autorización tendrá validez durante 5 años luego de la fecha de mi firma, salvo que sea necesario un período menor según la ley estatal vigente o yo la revoque antes. También comprendo que ILARIS Companion podría cambiar o finalizar en cualquier momento sin notificación previa. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización del paciente.

Acepto que se comuniquen conmigo por correo postal, correo electrónico, teléfono y mensajes de texto a los números y direcciones proporcionados en este formulario para todos los fines descritos en esta autorización del paciente. Asimismo, acepto que estas empresas y otros en su nombre se comuniquen conmigo por teléfono o mediante mensajes de texto generado por máquinas de discado telefónico automático o voz artificial o pregrabada al número suministrado en este formulario, para todos los fines ajenos al mercadeo, entre otros para enviarme material o pedir mi participación en encuestas.

Confirmando que soy el suscriptor de los números de teléfono proporcionados y el usuario autorizado de las direcciones de correo electrónico proporcionadas; asimismo, acepto notificar a estas Empresas de manera oportuna si alguno de mis números o direcciones cambia en el futuro. Comprendo que es posible que se apliquen las tarifas de mensajes y datos de mi proveedor de servicios móviles.

Comprendo que estas Empresas no permitan que sus socios comerciales usen mi Información personal con sus propios fines de mercadeo. Comprendo y acepto que la Información personal transmitida a través de correo electrónico y teléfono celular no puede protegerse contra el acceso no autorizado.

CONSENTIMIENTO DE LA LEY DE PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR DE TELEFONÍA (TCPA) (OPCIONAL)

Consentimiento de la Ley de Protección del Consumidor de Telefonía (TCPA) (opcional): Doy mi consentimiento para recibir llamadas y mensajes de texto para mercadeo y en representación de Novartis Pharmaceuticals Corporation, realizados mediante un sistema de autodiscado o con una voz pregrabada, al número suministrado en este formulario. Comprendo que mi consentimiento no es necesario como una condición para la compra. Acepto los términos y condiciones de la TCPA. La cantidad de mensajes variará de acuerdo con mis selecciones con respecto al programa. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Entiendo que puedo leer la Política de privacidad completa de Novartis Pharmaceuticals Corporation en www.usprivacy.novartis.com. Envíe un mensaje con la palabra "STOP" para dejar de recibir los mensajes o con "HELP" para solicitar asistencia.

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA LEY DE PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR DE TELEFONÍA (TCPA)

Al registrarse para recibir mensajes de texto y llamadas para mercadeo, o al solicitar información por teléfono, mensaje de texto, fax, correo electrónico, correo directo u otros medios, usted acepta, sin limitaciones ni excepciones, que:

- Usted y Novartis acuerdan que cualquier disputa o reclamación legal que surja de o esté relacionada con estos términos y condiciones de la TCPA, el uso de los productos y/o servicios de Novartis (incluidos, entre otros, las llamadas telefónicas o los mensajes de texto que envíe Novartis), la interpretación, aplicabilidad, revocación o validez de estos términos y condiciones de la TCPA, o el arbitraje de cualquier disputa que no se puede resolver de forma informal se someterá a arbitraje vinculante en el Estado de Nueva York. El arbitraje lo llevará a cabo la Asociación Estadounidense de Arbitraje en virtud de su Reglamento de arbitraje comercial.
- Esta cláusula de arbitraje es un acuerdo independiente y seguirá vigente tras la finalización y/o transferencia de estos términos y condiciones de la TCPA o cualquier otro acuerdo entre usted y Novartis. Si alguna disposición del acuerdo de arbitraje en esta sección se considera inaplicable, la disposición inaplicable se separará y se aplicarán los términos de arbitraje restantes (pero en ningún caso habrá un arbitraje colectivo, representativo ni general con abogado privado). Cualquier sentencia sobre el laudo que adopte el árbitro puede presentarse en cualquier tribunal que tenga jurisdicción. Las reclamaciones se presentarán dentro del plazo que exija la legislación vigente. Las leyes del Estado de Nueva York regirán estos términos y condiciones de la TCPA, y la Ley Federal de Arbitraje, artículo 9 del Código de los EE. UU., secciones 1 a 16, regirá esta sección, sin dar efecto a ningún principio de conflicto de leyes. Cada una de las partes asumirá sus propios costos relacionados con el arbitraje de conformidad con el reglamento de arbitraje comercial de la Asociación Estadounidense de Arbitraje.
- Usted y Novartis aceptan que cualquier reclamación, acción o proceso judicial que surja de o esté relacionado con estos términos y condiciones de la TCPA, o el uso de los productos y/o servicios de Novartis (incluidos, entre otros, las llamadas telefónicas o mensajes de texto que envíe Novartis) debe presentarse en su capacidad individual, y no como demandante ni participante de la demanda colectiva en cualquier presunto proceso judicial popular, colectivo o representativo. El árbitro no podrá consolidar las reclamaciones de más de una persona y el árbitro no podrá presidir ninguna forma de proceso judicial representativo, colectivo ni popular.

USTED RECONOCE Y ACEPTA QUE TANTO USTED COMO NOVARTIS RENUNCIAN AL DERECHO A JUICIO POR JURADO O A PARTICIPAR COMO DEMANDANTE O PARTICIPANTE DE UNA DEMANDA COLECTIVA EN CUALQUIER SUPUESTA DEMANDA COLECTIVA O PROCESO JUDICIAL REPRESENTATIVO.

TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA COPAGO

Términos y condiciones del programa

Se aplican limitaciones. Válido solo para aquellos que tienen seguro privado. El programa incluye la tarjeta de copago, la tarjeta de pago (si corresponde) y descuentos, con un límite combinado anual de \$36,000. 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 de la salud 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 copagos, coseguro y deducibles que correspondan. El programa no es válido donde la ley lo prohíbe. El paciente no debe 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 la atención de la salud. 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 descuento, 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.

AUTORIZACIÓN DE LA PERSONA QUE EMITE LA RECETA PARA NOVARTIS PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC. (NPAF)

Confirmando que todos los medicamentos recibidos serán utilizados únicamente por el paciente cuyo nombre figura en este formulario y no serán vendidos, cambiados o intercambiados. Asimismo, no se presentará reclamo alguno para reintegro con respecto a este medicamento, ni se aceptará la devolución de medicamentos a cambio de crédito. Comprendo que NPAF es únicamente para fines de cuidado del paciente y no para ningún tipo de remuneración. Comprendo que NPAF podrá revisar, cambiar o interrumpir permanentemente programas en cualquier momento.

Todas las secciones de este formulario deben ser cumplimentadas únicamente por el médico, el paciente y/o un miembro adecuado del personal administrativo.