

Complete todo el formulario y envíelo por fax al Centro de Servicios de LEQVIO al **877-LEQVIO8 (1-877-537-8468)**. O cargue el formulario completado en **ServiceCenterPortal.com**. O bien puede completar el formulario en línea en **ServiceCenter.hipaa.com**. ¿Tiene preguntas? Llame al **833-LEQVIO2 (1-833-537-8462)**.

Autorización del paciente para LEQVIO® y formularios de consentimiento adicionales

*** = CAMPOS OBLIGATORIOS**

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

***** Nombre: _____ ***** Fecha de nacimiento: ____/____/____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO – REQUISITO OBLIGATORIO PARA PACIENTES MENORES DE EDAD (MENORES DE 18 AÑOS)

Un representante autorizado es una persona legalmente autorizada para actuar en nombre de un paciente, incluidos los padres o tutores de menores, que tiene derecho al mismo acceso previsto en la Ley de transferibilidad y responsabilidad del seguro médico (HIPAA) que el paciente.

***** Nombre: _____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

***** Relación: ☐ Padre/madre ☐ Tutor legal ☐ Otro: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

La siguiente información corresponde al paciente o, en su caso, a su representante autorizado.

***** Dirección: _____ ***** Ciudad: _____ ***** Estado: ____ ***** Código postal: ____

***** Número de teléfono: _____ ☐ Casa ☐ Celular ***** ACEPTO que me dejen mensajes: ☐ Sí ☐ No
Recibirá información a través de llamadas y mensajes de texto con fines no comerciales.

Correo electrónico (recomendado): _____

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

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

***** _____
Nombre del paciente/representante autorizado (en letra imprenta)

***** _____ ***** ____/____/____
Firma del paciente/representante autorizado 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®

☐ Deseo inscribirme para recibir asistencia continua. Recibiré consejos, recursos y recordatorios del Programa de atención de LEQVIO en los números de teléfono que indiqué anteriormente.

Al marcar esta casilla, acepto recibir llamadas y mensajes de texto periódicos con fines de comercialización de Novartis Pharmaceuticals Corporation y en su nombre en el número de teléfono indicado. Estas llamadas y mensajes de texto pueden ser automáticos o estar grabados previamente. El número de llamadas y la frecuencia de los mensajes varían. Mi consentimiento no es una condición para obtener ningún producto o servicio de Novartis. Puedo darme de baja del programa en cualquier momento llamando al 833-LEQVIO2 (1-833-537-8462). También puedo enviar un mensaje de texto con la palabra "STOP" para dejar de recibir mensajes o "HELP" para recibir más información sobre este servicio. Pueden aplicarse tarifas por el uso de mensajes y datos.

Continúa en la página siguiente

Autorización del paciente para LEQVIO® y formularios de consentimiento adicionales

Autorización del paciente. Autorizo a mis proveedores de atención médica, farmacias y aseguradoras de salud, como así también a sus proveedores de servicios (los “Proveedores”) a divulgar información relacionada con mis beneficios de seguro, afección, tratamiento y detalles de recetas médicas (la “Información personal”) a Novartis Pharmaceuticals Corporation, sus filiales y proveedores de servicios (“Novartis”) y a 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 NPAF o de copagos 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, realizar actividades comerciales internas de otro tipo y solicitar comentarios relacionados con los Servicios o mi tratamiento.

Mientras prestan los Servicios, Novartis y 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 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 NPAF por la prestación de determinados Servicios, como medicamentos o recordatorios de resurtido, según mi estado de inscripción o participación. Una vez que autorice la divulgación de mi Información personal, mi información 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 (833-537-8462) o escribiendo a:

Customer Interaction Center
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. Si la cancelo, es posible que ya no cumpla con los requisitos para acceder a los Servicios de Novartis o de 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 NPAF de manera autorizada y constante, mi cancelación tendrá vigor con respecto a ese Proveedor en cuanto reciba la notificación de mi cancelación. La cancelación no afectará ningún uso o divulgación que se hayan producido con anterioridad.

Acepto por mi parte y certifico (si corresponde) que mi cuidador acepta recibir llamadas o mensajes de texto no comerciales de parte de Novartis o NPAF, incluso a través del discado automático o un mensaje de voz pregrabado, a los números provistos. Pueden aplicarse tarifas por el uso de mensajes y datos*.

*Puede modificar sus preferencias de comunicación en cualquier momento llamando al 833-LEQVIO2 (833-537-8462).

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. Se aplican límites máximos por tratamiento. 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, el Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA), el Departamento de Defensa (DoD) o cualquier otro programa de atención médica federal o estatal; (ii) si el paciente no dispone de ninguna cobertura de seguro; (iii) si el plan de seguro del paciente reembolsa el costo total del medicamento; o (iv) si el producto no está 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 gastos máximos de 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 ningún reembolso, cupón u oferta de terceros. 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.

Consulte la Política de privacidad completa de Novartis Pharmaceuticals Corporation.