

Gracias por su interés en Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. (NPAF)

Visite **www.PAP.Novartis.com** para obtener una lista completa de medicamentos y requisitos de ingresos.

Criterios de elegibilidad – Para ser elegible, un paciente debe:

- Ser residente de EE.UU.
- Cumplir con los requisitos de ingresos
- Tener cobertura de medicamentos recetados limitada o no contar con ella

Instrucciones

Para saber si es elegible, debe completar las Secciones para el paciente 1 a 5 en la Solicitud del paciente:

- **Sección 1 para el paciente:** complete su información en forma completa y precisa. Esto nos permitirá revisar su caso y determinar su elegibilidad para nuestro programa.
- **Sección 2 para el paciente:** si tiene seguro, deberá incluir una copia, del anverso y reverso, de todas las tarjetas de seguro (que cubran condición médica y recetas). Esto nos permitirá verificar su cobertura de beneficios.
- **Sección 3 para el paciente:** deberá presentar una prueba de los ingresos brutos de su hogar. Puede elegir UNA de las siguientes opciones para verificar su prueba de ingresos:
 - Para permitir un procesamiento más rápido, podemos hacer una verificación electrónica de ingresos. Esto se hará solo para verificar sus ingresos y **NO** tendrá ningún efecto sobre su calificación/puntaje crediticio. Si desea esta opción, tenga en cuenta que debe ser mayor de 18 años. Si desea elegir esta opción, lea y marque el consentimiento de la **Ley de equidad de informes de crédito (FCRA)** en la Solicitud del paciente para este servicio opcional.
 - O**
 - Puede incluir una copia de sus documentos financieros, que incluya lo siguiente:
 - ▶ Declaración anual de impuestos más reciente
 - ▶ Recibos de sueldo de tres meses
 - ▶ Formulario W2
 - ▶ Declaración de seguridad social (1099)
- **Sección 4 para el paciente:** si se inscribe, podemos usar nuestro sistema automatizado/de discado automático para recordarle cuándo debe presentar la próxima orden de reposición y podemos enviarle por mensaje de texto su información de elegibilidad y reposición de medicamentos. Para esta opción, lea y marque el consentimiento de la **Ley de protección al usuario telefónico (TCPA)** si desea permitirnos que lo contactemos de esta manera. Esto es opcional y podría facilitarle la gestión de su inscripción.
- **Sección 5 para el paciente:** necesitamos que lea la página de Autorización del paciente para permitirnos procesar su solicitud, comunicarnos con usted y gestionar su inscripción. Lea, firme y ponga la fecha al final de la Solicitud del paciente.

Por último, colabore con su proveedor de atención médica (HCP) para completar sus secciones de la solicitud. Si tiene seguro y su póliza requiere una Autorización previa, su HCP deberá obtenerla e incluirla en su parte de la solicitud.

Envíe por fax o por correo la solicitud completa a:

Fax: **1-(855)-817-2711** —O— Correo: **NPAF, P.O. Box 52029, Phoenix, AZ 85072-2029**

Autorización del paciente

Doy mi permiso a mis proveedores de atención médica (HCP), farmacias, proveedores de servicios y sus contratistas (“Proveedores de atención médica”), aseguradoras de salud y sus contratistas (“Aseguradoras”) para revelar mi información personal, que incluye información sobre mi seguro, recetas, afección y salud (“Información personal”) a Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. (“NPAF”) para que NPAF pueda administrar el programa de NPAF de la siguiente manera: (i) brindándome acceso al producto que se me ha recetado, (ii) ayudándome a verificar la cobertura del seguro, (iii) brindándome información sobre los productos de Novartis, (iv) enviándome recordatorios de la medicación y (v) realizando control de calidad, encuestas u otras actividades empresariales internas en relación con el programa de NPAF.

Concedo permiso a NPAF para revelar mi información personal a mis proveedores de atención médica, farmacias, aseguradoras, cuidadores, Novartis Pharmaceuticals Corporation, sus afiliadas, proveedores de servicios y agentes (“Novartis”) con el propósito que se describe más arriba. También concedo permiso a NPAF para combinar o agregar toda información brindada de mi parte con la información que NPAF pueda recopilar sobre mí de otras fuentes, con el propósito de proporcionar o administrar servicios de programas.

Entiendo que una vez que mi información personal se divulga, ya no podrá ser protegida por la ley de privacidad federal y la ley estatal aplicable. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Asimismo, puedo revocar (retirar) esta autorización en relación con NPAF en cualquier momento en el futuro, llamando al 1-(800)-277-2254 o escribiendo a P.O. Box 52029, Phoenix, AZ 85072-2029.

Mi denegación o futura revocación no afectará el inicio o la continuación de mi tratamiento por parte de mis HCP; no obstante, si revoco la presente autorización, ya no podré participar en los programas administrados por NPAF. Si revoco esta autorización, NPAF dejará de usar o compartir mi información (excepto que sea necesario dar por terminada mi participación en NPAF), pero mi revocación no afectará los usos ni las divulgaciones de la información personal revelada anteriormente en virtud de esta autorización. Entiendo que esta autorización tendrá una validez de cinco (5) años a partir de la fecha de mi firma, a menos que decida revocarla antes. También entiendo que los programas administrados por NPAF pueden modificarse o interrumpirse en cualquier momento sin notificación previa. Entiendo que puedo recibir una copia de esta autorización.

Acepto ser contactado por NPAF, ya sea por correo postal, correo electrónico, llamadas telefónicas y mensajes de texto a los números y las direcciones suministrados en la solicitud de NPAF, para todos los fines descritos en esta Autorización del paciente. Asimismo, acepto que NPAF y otros se comuniquen conmigo en su nombre, ya sea a través de llamadas telefónicas y mensajes de texto realizados mediante el sistema de discado automático o mensaje de voz pregrabado, a los números suministrados en este formulario, lo que incluye, entre otros, el envío de material y la invitación a participar de encuestas, y confirmar que soy el suscriptor de los números de teléfono suministrados y el usuario autorizado para las direcciones de correo electrónico proporcionadas. Acepto notificar oportunamente a NPAF si cualquiera de mis números o direcciones cambia en el futuro. Entiendo que se pueden aplicar tarifas por los datos y mensajes del proveedor del servicio inalámbrico.

Entiendo que las compañías no permiten que mi información personal se utilice por sus socios comerciales para sus propios fines de comercialización independiente. Entiendo y acepto que mi información personal transmitida por correo electrónico y teléfono celular no pueda asegurarse contra el acceso no autorizado.

Solicitud del paciente

SECCIÓN 1: Información del paciente

Marque una de las siguientes: Me estoy reinscribiendo Soy un paciente nuevo

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Género: M F Residente de EE. UU.: S N Veterano: S N Discapacitado: S N

Dirección: _____ Apto./Unidad N.º: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono celular: _____ N.º de teléfono de la casa: _____

Correo electrónico: _____

Ingresos brutos anuales: \$ _____ Número total de personas que habitan su casa (incluyéndose a usted): _____

Nombre del cuidador/miembro de la familia: _____ Relación: _____

Al proporcionar esta información, usted autoriza a NPAF a hablar sobre su afección y su participación en el programa de NPAF con la persona mencionada más arriba.

SECCIÓN 2: Información del seguro

¿Tiene Medicare? S N

Si la respuesta es Sí, marque todas las que correspondan Parte B Parte D

¿Tiene cobertura a través de un programa de Medicaid estatal? S N

¿Tiene seguro médico o de medicamentos recetados? S N

Nombre de la compañía aseguradora principal: _____ N.º de teléfono: _____

N.º de identificación: _____ N.º de GRUPO _____ N.º de BIN _____

Nombre de la compañía aseguradora secundaria: _____ N.º de teléfono: _____

N.º de identificación: _____ N.º de GRUPO _____ N.º de BIN _____

SECCIÓN 3: Consentimiento de la Ley de equidad de informes de crédito (FCRA)

Como se describe en la página de instrucciones, tiene la opción de permitir a NPAF que haga una verificación electrónica de ingresos para procesar su solicitud. Marque aquí si desea elegir esta opción y no enviar sus documentos de ingresos como indica la página de instrucciones.

Entiendo que estoy brindando "instrucciones por escrito", conforme a la FCRA, que autorizan a NPAF y a su proveedor en forma continua según sea necesario durante mi participación en programas administrados por NPAF, a obtener información de mi perfil crediticio u otra información de mi proveedor, únicamente con el propósito de determinar las calificaciones financieras para los programas administrados por NPAF. Entiendo que debo aceptar plenamente estos términos a fin de proceder en este proceso de evaluación financiera.

SECCIÓN 4: Consentimiento de la Ley de protección del usuario telefónico (TCPA)

Como se describe en la página de instrucciones, puede permitir que lo contactemos usando un sistema de discado automático, mensajes pregrabados o mensajes de texto para gestionar su inscripción y sus reposiciones una vez que esté inscrito. Si desea elegir esta opción, marque la casilla de abajo:

Doy mi consentimiento para recibir llamados y textos relacionados con la comercialización de parte de NPAF, y en su nombre, realizados mediante discado automático o mensaje de voz pregrabado, a los números de teléfono provistos. Entiendo que no se requiere mi consentimiento ni una autorización de compra.

La cantidad de mensajes puede variar en base a las selecciones de sus programas. Pueden aplicarse tarifas por datos y mensajes.

SECCIÓN 5: Autorización del paciente

Confirmando que la información de más arriba es correcta y que he leído y estoy de acuerdo con la Autorización del paciente.

FIRMA DEL PACIENTE: _____
(OBLIGATORIO)

FECHA: ____/____/____
(OBLIGATORIO)

Solicitud del médico recetante

SECCIÓN 1: Información del médico recetante

Nombre completo del médico recetante: _____ Número de teléfono: _____ Fax: _____

Nombre de la institución o nombre del consultorio compartido: _____

Nombre del coordinador del consultorio: _____ Dirección del consultorio del médico recetante: _____

Suite N.º: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Licencia estatal/DEA N.º: _____ RNP N.º: _____

Correo electrónico: _____

SECCIÓN 2: Historia del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sin alergias

Alergias: _____ Medicación actual: _____

SECCIÓN 3: Receta

Nombre del medicamento N.º 1: _____ Concentración: _____ Si es inyectable, especifique: Inyector Jeringa Cartucho

Instrucciones: _____

Cantidad: _____ Suministro para 90 días* Otro: _____ Reposición: 1 año Otro: _____ICD-10 (**OBLIGATORIO**): _____Nombre del medicamento N.º 2: _____ Concentración: _____ Si es inyectable, especifique: Inyector Jeringa Cartucho

Instrucciones: _____

Cantidad: _____ Suministro para 90 días* Otro: _____ Reposición: 1 año Otro: _____ICD-10 (**OBLIGATORIO**): _____*Las recetas pueden suministrarse en surtidos para 30, 60 o 90 días a partir de su indicación para 90 días de arriba

NOTA: Tenga en cuenta que si se necesita una autorización previa (PA) para los productos de Novartis solicitados, necesitará presentar el N.º de PA y la fecha de aprobación o adjuntar una copia de la carta de denegación. Si es una renovación de enero, deberá procesar y enviar una nueva PA. Si no recibimos esta información con la parte del HCP de la solicitud, podría haber demoras en el procesamiento para su paciente.

SECCIÓN 4: Certificación y firma del médico recetante

Autorización del proveedor de atención médica

Certifico que la terapia arriba mencionada es necesaria desde el punto de vista clínico y que esta información es exacta hasta donde llega mi conocimiento. Certifico que soy el médico que ha recetado el fármaco anteriormente identificado al paciente arriba mencionado. Con la finalidad de transmitir esta receta, autorizo a NPAF y sus afiliadas, socios comerciales y agentes, a enviar como mi representante de estos propósitos limitados, la presente receta, de forma electrónica, por fax o por correo a las farmacias dispensadoras que correspondan.

Certifico que todo medicamento recibido será utilizado solamente por el paciente mencionado en este formulario y que no podrá ofrecerse para la venta, comercialización o trueque. Además, no se presentará ningún reclamo por reintegro inherente a este medicamento, ni se devolverá ningún medicamento para crédito. Reconozco que el propósito de NPAF se basa exclusivamente en la atención del paciente y no supone remuneración de ninguna clase. Entiendo que NPAF puede revisar, modificar o finalizar los programas en cualquier momento.

Autorización del proveedor de atención médica para Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. (NPAF)

He leído y estoy de acuerdo con la Autorización del proveedor de atención médica, y autorizo la receta de más arriba:

FIRMA DEL MÉDICO RECETANTE: _____ **FECHA:** ____/____/____
(**OBLIGATORIO**) (**OBLIGATORIO**)