

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

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

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

- Residir en los Estados Unidos o en algún territorio estadounidense.
- Cumplir los requisitos de ingresos.
- Tener cobertura limitada de medicamentos recetados o no tener ninguna.

Instrucciones

Para saber si es elegible, deberá completar las secciones 1 a 5 de la Solicitud del paciente:

- **Sección 1 del paciente:** complete toda la información en su totalidad y de forma precisa. Esto nos permitirá revisar su caso y determinar la elegibilidad para nuestro programa.
- **Sección 2 del paciente:** si tiene seguro, deberá incluir una copia, tanto del frente como del reverso, de todas las tarjetas del seguro (que cubran gastos médicos y medicamentos recetados). Esto nos permitirá verificar la cobertura de sus beneficios.
- **Sección 3 del paciente:** deberá proporcionar evidencia de los ingresos brutos del hogar. Puede elegir UNA de las siguientes opciones para realizar la verificación de los ingresos:
 - Para agilizar el proceso, podemos realizar una comprobación electrónica de ingresos. Esta operación se realizará únicamente para verificar sus ingresos y NO afectará en absoluto su calificación/puntuación crediticia. Si prefiere 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 Informe Imparcial de Crédito (FCRA)** en la Solicitud del paciente para obtener este servicio opcional.
- **O**
 - Puede incluir una copia de los documentos financieros, que incluyen lo siguiente:
 - ▶ Declaración fiscal del año más reciente.
 - ▶ Tres meses de recibos de sueldo.
 - ▶ Formulario W-2.
 - ▶ Declaración del Seguro Social (1099).
- **Sección 4 del paciente:** si se inscribe, podemos utilizar nuestro sistema automatizado/de marcación automática para recordarle cuándo puede realizar el próximo pedido de resurtido y podemos enviarle un mensaje de texto con información sobre la elegibilidad y el resurtido. Para esta opción, lea y marque el consentimiento de la **Ley de Protección al Consumidor de Servicios Telefónicos (TCPA)** si desea que nos comuniquemos con usted de esta manera. Esto es opcional y puede resultar más sencillo para ayudarle a gestionar la inscripción.
- **Sección 5 del paciente:** necesitamos que lea la página de Autorización del paciente para que podamos procesar la solicitud, comunicarnos con usted y gestionar la inscripción. Lea, firme y coloque la fecha al final de la Solicitud del paciente.

Por último, colabore con su proveedor de atención médica (HCP) para completar las secciones de la solicitud. Si tiene seguro, y la póliza requiere una autorización previa, su HCP tendrá que obtenerla e incluirla con la parte de la solicitud que corresponda.

Envíe la solicitud completa por fax o por correo a:

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

Autorización del paciente

Autorizo a mis proveedores de atención médica (HCP), farmacias, proveedores de servicios y sus contratistas (“Proveedores de atención médica”), compañías de seguros médicos y sus contratistas (“Aseguradoras”) a divulgar mi información personal, incluida la información sobre el seguro, los medicamentos recetados, la afección médica y el estado de salud (“Información personal”) a Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. (NPAF) para que esta organización pueda administrar el programa NPAF de la siguiente manera: (i) proporcionándome acceso al producto que me recetaron, (ii) ayudándome a verificar la cobertura del seguro, (iii) proporcionándome información sobre los productos de Novartis, (iv) enviándome recordatorios sobre los medicamentos y (v) realizando controles de calidad, encuestas u otras actividades comerciales internas en relación con el programa NPAF.

Autorizo a NPAF a divulgar mi Información personal a los Proveedores de atención médica, Aseguradoras, cuidadores, Novartis Pharmaceuticals Corporation, sus empresas vinculadas, proveedores de servicios y agentes (“Novartis”), para los fines descritos anteriormente. También autorizo a NPAF a combinar o incorporar cualquier información que obtenga de mi parte con la información que NPAF pueda obtener sobre mí de otras fuentes con el fin de proporcionar o administrar los servicios del programa.

Comprendo que una vez que se divulgue mi Información personal, es posible que ya no se encuentre protegida por la ley federal de privacidad y la ley estatal aplicable. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Además, puedo revocar (retirar) esta autorización con respecto a NPAF en cualquier momento llamando al 1-(800)-277-2254 o por escrito a P.O. Box 52029, Phoenix, AZ 85072-2029.

Mi negación o futura revocación no afectarán el inicio ni la continuidad del tratamiento que reciba de mis HCP; sin embargo, si revoco esta autorización, es posible que ya no pueda participar en programas administrados por NPAF. Si revoco esta autorización, NPAF dejará de usar o compartir mi información (excepto que sea necesario para poner fin a mi participación en NPAF), pero mi revocación no afectará los usos y las divulgaciones de Información personal divulgada anteriormente en virtud de esta autorización. Comprendo que esta autorización tendrá una validez de cinco (5) años a partir de la fecha de mi firma, excepto que la revoque antes. También comprendo que los programas administrados por NPAF pueden modificarse o finalizar en cualquier momento sin aviso previo. Comprendo que puedo recibir una copia de esta autorización.

Acepto que NPAF se comunique conmigo por correo postal, correo electrónico, llamadas telefónicas y mensajes de texto a las direcciones y los números de teléfono proporcionados en la solicitud de NPAF para todos los fines descritos en la presente Autorización del paciente. También acepto que NPAF y otros en su nombre se comuniquen conmigo por medio de llamadas telefónicas y mensajes de texto por medio de un sistema de marcación automática o voz pregrabada a los números proporcionados en este formulario, para todos los fines no comerciales, incluidos, entre otros, enviar materiales y solicitar la participación en encuestas, y confirmar que soy el suscriptor de los números de teléfono proporcionados y el usuario autorizado de las direcciones de correo electrónico proporcionadas. Acepto notificar a NPAF de inmediato si hay cambios en cualquiera de mis números o direcciones en el futuro. Comprendo que pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos de mi proveedor de servicios móviles.

Comprendo que las compañías no permiten que sus socios comerciales utilicen mi Información personal para sus propios fines de comercialización. Comprendo y acepto que la Información personal transmitida por correo electrónico y teléfono celular no puede estar protegida contra el acceso no autorizado.

Solicitud del paciente

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

SECCIÓN 1: Información del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Género: M F Residente de EE. UU. o territorio: S N Veterano: S N Discapacitado: S N
Dirección: _____ Apto./Unidad N.º: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
N.º de N.º de Correo
teléfono celular: _____ teléfono fijo: _____ electrónico: _____
Ingresos brutos anuales: \$ _____ Número total de personas en el hogar (incluyéndose usted): _____
Idioma principal que se habla en el hogar: _____

Nombre de la persona o parte autorizada: _____ Relación: _____

Al proporcionar esta información, usted autoriza a NPAF a analizar su afección médica y su participación en el programa NPAF con la persona o parte autorizada mencionada anteriormente.

SECCIÓN 2: Información del seguro. Complete todo lo que corresponda. Proporcione copias del frente y reverso de TODAS las tarjetas del seguro.

- SIN SEGURO**
- Parte A y/o B de Medicare** N.º de identificación: _____
- Parte D de Medicare o plan Advantage** Compañía de seguro: _____
- Programa estatal de Medicaid** Estado: _____
- Cobertura de medicamentos recetados** Compañía de seguro: _____
- Cobertura por medio de un empleador** Compañía de seguro: _____
- Nombre del empleador: _____

SECCIÓN 3: Consentimiento de la Ley de Informe Imparcial de Crédito (FCRA)

Como se describe en la página de Instrucciones, usted tiene la opción de permitir que NPAF realice una verificación electrónica de ingresos para procesar su solicitud. Marque aquí si desea elegir esta opción y no enviar los documentos sobre los ingresos como se indica en la página de Instrucciones.

- Comprendo que estoy proporcionando "instrucciones por escrito", conforme a la FCRA, en las que autorizo a NPAF y a su proveedor, de manera continua según sea necesario mientras dure mi participación en los programas administrados por NPAF, a obtener información sobre mi perfil crediticio u otra información del proveedor, solo con el fin de determinar las calificaciones financieras para los programas administrados por NPAF. Comprendo que debo aceptar estos términos para seguir con este proceso de evaluación financiera.

SECCIÓN 4: Consentimiento de la Ley de Protección al Consumidor de Servicios Telefónicos (TCPA)

Como se describe en la página de Instrucciones, puede permitir que nos comuniquemos con usted mediante un sistema de marcación automática, mensajes pregrabados o mensajes de texto para ayudar a gestionar la inscripción y los resurtidos, una vez que esté inscrito. Si desea elegir esta opción, marque la casilla a continuación:

- Doy mi consentimiento para recibir llamadas telefónicas y mensajes de texto con fines comerciales de parte de NPAF y en su nombre, realizados mediante un sistema de marcación automática o voz pregrabada, a los números de teléfono proporcionados. Entiendo que mi consentimiento no es necesario ni una condición para la compra. La cantidad de mensajes puede variar según las selecciones de programas. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos.

SECCIÓN 5: Autorización y certificación del paciente

Confirmando que la información anterior está completa y es correcta, y que he leído y acepto la Autorización del paciente.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** ____/____/____
(OBLIGATORIO) **(OBLIGATORIO)**

Solicitud del médico prescriptor

SECCIÓN 1: Información del médico prescriptor

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

Nombre del centro o del consultorio compartido, si corresponde: _____

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

N.º de suite: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de licencia estatal/DEA: _____ N.º de NPI: _____

Correo electrónico: _____

SECCIÓN 2: Antecedentes del paciente

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

Alergias: _____ Medicamentos que toma actualmente: _____

Fecha de trasplante: ____/____/____ FDO: _____

SECCIÓN 3: Receta

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

Indicaciones: _____

Suministro para 90 días _____ Resurtido: 1 año Otro: _____

CLASIFICACIÓN ICD-10 (OBLIGATORIO): _____

Nombre del medicamento n.º 2: _____ Concentración: _____ Si es inyectable, especifique: Inyector Jeringa Cartucho

Indicaciones: _____

Suministro para 90 días _____ Resurtido: 1 año Otro: _____

CLASIFICACIÓN ICD-10 (OBLIGATORIO): _____

NOTA: Tenga en cuenta que, si se requiere una autorización previa (PA) para los productos de Novartis solicitados, deberá proporcionar el n.º de PA y la fecha de aprobación, o adjuntar una copia de la carta de denegación. Si se trata de una renovación en enero, deberá procesar y enviar una nueva PA. Si no recibimos esta información con la parte de la solicitud que corresponde al HCP, podría haber demoras en el proceso para el paciente.

SECCIÓN 4: Certificación y firma del médico prescriptor

Autorización del proveedor de atención médica

Certifico que el tratamiento mencionado anteriormente es médicamente necesario, y que esta información es exacta según mi leal saber y entender. Certifico que soy el médico que recetó el medicamento arriba identificado al paciente mencionado anteriormente. Con el fin de enviar esta receta, autorizo a NPAF y sus empresas vinculadas, socios comerciales y agentes a enviar, como representante para estos propósitos limitados, la presente receta de forma electrónica, por fax o por correo, a las farmacias dispensadoras que correspondan.

Certifico que solo el paciente mencionado en este formulario utilizará el medicamento recibido y que este no se ofrecerá para venta, comercialización ni trueque. Además, no se presentará ninguna reclamación de reembolso relacionada con este medicamento, ni se devolverá ningún medicamento para obtener un crédito. Reconozco que el fin de NPAF se basa exclusivamente en la atención del paciente y no pretende ningún tipo de remuneración. Comprendo 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 acepto la Autorización del proveedor de atención médica, y autorizo la receta anterior:

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