

Novartis Patient Assistance Foundation, Inc.

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 8:00 p.m. horario del Este

Para tener una lista completa de los medicamentos y requisitos de ingresos por favor visite: www.PAP.Novartis.com

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

- Residir en Estados Unidos o en algún territorio estadounidense
- Tener cobertura limitada de medicamentos recetados o no tener ninguna
- Cumplir con las pautas de ingresos para el medicamento por el cual el paciente solicita asistencia. Visite www.PAP.Novartis.com
- Tener una receta válida para el medicamento de Novartis
- Ser tratado por un proveedor de atención médica con licencia de EE. UU. de forma ambulatoria

Instrucciones

- Visite www.PAP.Novartis.com para ver si puede ser elegible para el programa.
- Verifique su solicitud y asegúrese de que todos los espacios en blanco estén llenos o marque N/A.
- Incluya copias del anverso y reverso de TODAS sus tarjetas de seguro.
 - Si tiene algún plan de Medicare, proporcione su plan tradicional de Medicare.
 - Tarjeta roja/blanca/azul junto con todas las demás tarjetas de identificación de la Parte D o del plan Advantage.
- Incluya copias de las dos primeras páginas de su última declaración de impuestos federales sobre los ingresos.
- Lea la Sección 4 y marque la casilla si desea actualizaciones de recetas y recordatorios para NPAF por teléfono o mensaje de texto.
- Lea la Autorización del Paciente en la página 2.
 - Describe qué datos recopila NPAF y cómo se utilizarán. NPAF no puede inscribirlo en el programa PAP sin cierta información médica de su médico. Debe darle permiso a su médico para compartir esa información con NPAF.
- Firme y feche la Sección 5.
 - No se requiere su firma para el tratamiento de sus médicos, pero se requiere si desea participar en el programa PAP. Lo necesitamos para procesar su solicitud.

Instrucciones del Prescriptor

- Complete la página de solicitud de prescripción.
- El prescriptor debe enviar por fax una receta por separado junto con la Solicitud del Prescriptor.
- Gestionar cualquier Autorización Previa (PA) que sea requerida por las compañías de seguros.
 - Incluir todos los resultados de la apelación de PA con el envío de la solicitud del prescriptor.
- Lea la atestación, firme y feche el formulario.

Las solicitudes DEBEN completarse de forma completa y precisa. Cualquier información faltante resultará en un retraso en el procesamiento o en la denegación de la solicitud.

Envie por fax o correo su solicitud completa a:

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

Novartis Patient Assistance Foundation, Inc.

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 8:00 p.m. horario del Este

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.

Novartis Patient Assistance Foundation, Inc.

Lunes a viernes 8:00 a.m. a 8:00 p.m. horario del Este

Solicitud del Paciente

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

⇒ **SECCIÓN 1: Información del Paciente**

Nombre: _____ Apellido: _____
 Día de nacimiento: MES _____ /DÍA _____ /AÑO _____ Género: _____
 Residente de EE. UU. o territorio: S N Email: _____
 Tamaño del hogar: _____ Celular #: _____ Hogar #: _____
 Dirección: _____ Apto./Unidad N.º #: _____ Ciudad: _____
 Estado: _____ Código Postal: _____

Cuidador: Nombre: _____ Apellido: _____

Teléfono: _____ Relación: _____

He hablado con mi cuidador y acepta recibir llamadas no comerciales de Novartis o NPAF, incluso a través de un marcador automático o voz pregrabada, al número proporcionado, y autorizo a NPAF a hablar con la siguiente persona sobre mi estado de salud y sobre el programa NPAF.

⇒ **SECCIÓN 2: Información del Seguro**

Envíe copias del anverso y reverso de TODAS las tarjetas de seguro y escriba los detalles de sus tarjetas de seguro a continuación:

Tipo de Plan	Nombre del Plan	Identificación	Teléfono
Medicare (tarjeta roja/blanca/azul)			
Medicare Advantage/Suplementario			
Medicaid/Tricare/VA/DoD			
Seguro privado			

Si tiene un seguro privado, agregue el nombre de su empleador aquí: _____

No tengo cobertura de medicamentos recetados.

⇒ **SECCIÓN 3: Ingreso**

La elegibilidad para el programa NPAF requiere que proporcione su comprobante de ingresos. Debe enviar una copia de las primeras 2 páginas de su última declaración de impuestos federales (por ejemplo, 1040).

⇒ **SECCIÓN 4: ¿Le gustaría recibir recordatorios de recarga?**

Sí, me gustaría poder solicitar resurtidos y recibir actualizaciones del estado de mi receta por teléfono o mensaje de texto. Al marcar esta casilla, acepto recibir llamadas y mensajes de texto al número de teléfono proporcionado. Entiendo que las llamadas y los mensajes de texto pueden marcarse automáticamente o pregrabarse y no son una condición de compra o participación en el programa. Si deseo participar por mensaje de texto, lo confirmaré cuando se me pida que opte por enviar mensajes de texto.

⇒ **SECCIÓN 5: Autorización y Certificación del Paciente**

Confirmo que mi información anterior es completa y precisa y que he leído y acepto la Autorización del Paciente.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **MES:** _____ /**DÍA:** _____ /**AÑO:** _____
(REQUERIDO) **(REQUERIDO)**

Novartis Patient Assistance Foundation, Inc.
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 8:00 p.m. horario del Este

Solicitud de Prescripción

Motivo por el cual el paciente solicita NPAF: Sin cobertura de seguro Medicamento no cubierto Copay no es accesible para el paciente

+ SECCIÓN 1: Información del Prescriptor

Nombre del prescriptor: _____ Apellido: _____ Teléfono: _____
 Fax: _____ Licencia Estatal #: _____ NPI #: _____
 Email: _____ Nombre de contacto de la oficina: _____
 Domicilio postal: _____ Suite #: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

+ SECCIÓN 2: Historial del Paciente

Nombre del paciente: _____ Apellido: _____
 Género: _____ Fecha de nacimiento: MES _____ / DÍA _____ / AÑO _____
 Otros medicamentos: _____
 Otros síntomas: _____
 Alergias: S N Si es sí lístelas: _____ Día de transplante de órgano (Solo si aplica): _____ / _____ / _____

+ SECCIÓN 3: Medicamento(s) Requerido(s)

Nombre del medicamento #1: _____ Dosis: _____ Intensidad: _____
 Nombre del medicamento #2: _____ Dosis: _____ Intensidad: _____

+ SECCIÓN 4: Instrucciones de Prescripción

Para evitar retrasos en la tramitación, **debe** enviarse por fax, junto con este formulario de inscripción, **una receta médica completa, legal y válida. Al fax: 1-(855)-817-2711**

- ◆ Fomentamos las prescripciones para un suministro de 90 días con un máximo de un año de reabastecimiento.
- ◆ NOTA: Todos los prescriptores deben cumplir con los requisitos de prescripción específicos del estado. La farmacia de llenado se encuentra en Texas y, por lo tanto, requiere que los profesionales avanzados proporcionen el nombre de un médico supervisor o colaborador.

+ SECCIÓN 5: Requisito de Autorización Previa

Si el paciente está asegurado y el seguro requiere una Autorización Previa (PA), debe presentar una copia del resultado de la PA. Cuando corresponda, presente también una copia del resultado de la apelación de la PA.

+ SECCIÓN 6: Certificación y Firma del Prescriptor

Autorización del proveedor de atención médica

Certifico que la terapia arriba indicada es médicaamente necesaria y que esta información es exacta a mi leal saber y entender. Certifico que soy el médico que ha recetado el medicamento identificado arriba al paciente previamente identificado. Con el fin de transmitir esta receta, autorizo a la NPAF y a sus afiliados, socios comerciales y agentes a enviar, como mi agente para estos fines limitados, esta receta por vía electrónica, por fax o por correo a las farmacias dispensadoras correspondientes.

Certifico que cualquier medicamento recibido se utilizará únicamente para el paciente nombrado en este formulario y no se ofrecerá para la venta, el comercio o el trueque. Además, no se presentará ninguna reclamación de reembolso en relación con esta medicación, ni se devolverá ninguna medicación para su abono. Reconozco que la NPAF está destinada exclusivamente a la atención del paciente y no a la remuneración de ningún tipo. Entiendo que la NPAF puede revisar, cambiar o terminar los programas en cualquier momento. He hablado de la NPAF con mi paciente, quien me ha autorizado, según la HIPAA y la ley estatal, a revelar su información a Novartis con el propósito limitado de inscribirse en la NPAF. Para completar esta inscripción, Novartis puede ponerse en contacto con el paciente por teléfono, texto y/o correo electrónico.

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

He leído y estoy de acuerdo con la autorización del proveedor de atención médica y autorizo la prescripción anterior:

FIRMA DEL PRESCRIPTOR: _____ MES _____ / DÍA _____ / AÑO _____
(REQUERIDO) **(REQUERIDO)**