

(Solo para uso del consultorio) Indique el nivel de interacción del Programa de Asistencia al Paciente de Novartis que su consultorio prefiere para este paciente:*

- Administración subcutánea. Incluye:**
Asistencia con la cobertura, autorización previa y apelaciones:
 Asistencia que comprende desde la verificación inicial de beneficios hasta la autorización previa y las apelaciones
- Administración intravenosa. Incluye (seleccione una opción):**
 Asistencia con la cobertura, autorización previa y apelaciones:
 Asistencia que comprende desde la verificación inicial de beneficios hasta la autorización previa y las apelaciones
 Solo la verificación de beneficios:
 Verificación de beneficios, sin asistencia con la autorización previa y las apelaciones

1 Información del paciente

*** = CAMPOS OBLIGATORIOS**

Para los pacientes menores de 18 años, indique el número de teléfono del padre/madre o tutor.

Nombre*	Apellido*	Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Celular
/ /			<input type="checkbox"/> Fijo
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*	Sexo (con fines clínicos): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de teléfono*	
		(Le enviaremos información actualizada a través de llamadas/ mensajes de texto con fines no comerciales ¹)	
Dirección (no se aceptan apartados postales)*		ACEPTO recibir mensajes en el buzón de voz: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ciudad	Estado	Código postal*	Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____
Autorizo la divulgación de mi información médica personal a la siguiente persona (opcional):			
Nombre			
Número de teléfono* (Le enviaremos información actualizada a través de llamadas/ mensajes de texto con fines no comerciales ¹)			Relación con el paciente

2 Autorización del paciente y consentimientos adicionales*

He leído y acepto la Autorización del paciente que figura en la página 3.

→ X

Firma de paciente o representante autorizado _____ Fecha (MM/DD/AAAA) _____

Marque esta casilla si firma un representante autorizado



Escanee el código QR para obtener más información sobre COSENTYX.

OFERTA DE COPAGO DE ASISTENCIA AL PACIENTE

- He leído y acepto los Términos y Condiciones relativos a la oferta de un copago de \$0 que figuran en la página 3.

APOYO CONTINUO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE COSENTYX[®] CONNECT

- Si marca la casilla a continuación, puede obtener apoyo personalizado adicional, como recordatorios periódicos, consejos y otras comunicaciones.
- Acepto recibir llamadas y mensajes de texto de Novartis y sus filiales, como también en su nombre, incluidas llamadas y mensajes de texto con un sistema de marcación automática o pregrabados, en los números de teléfono que indico. Entiendo que mi consentimiento no es necesario ni supone una condición para recibir bienes o servicios de Novartis.

3 Información del seguro*

Incluya copias (frente y dorso) de las tarjetas del seguro médico y de la farmacia del paciente. Incluya el seguro primario, secundario y de beneficios de farmacia, según corresponda.

Marque todas las opciones que correspondan: Primario Secundario Para recetas/De farmacia El paciente no tiene seguro

4 Información del proveedor

Nombre*	Apellido*	Nombre del centro médico*
Dirección:		Número de teléfono del centro médico
Ciudad	Estado	Código postal*
		Nombre de contacto en el consultorio
N.º de NPI del proveedor*		Teléfono de contacto del consultorio
		Fax del consultorio*
N.º de identificación fiscal*	N.º de PTAN	Correo electrónico del consultorio
(Necesario para gestionar los beneficios de los pacientes que reciben el medicamento por vía intravenosa)		

 **Envíe un fax al**
1-844-666-1366 o 1-800-343-9117

 **Inscríbese en línea en**
www.CoverMyMeds.com

 **¿Tiene preguntas? Llame al**
1-844-267-3689

Llene todo el formulario y envíelo por fax al Programa de Asistencia al Paciente COSENTYX[®] Connect al 1-844-666-1366.

Nombre del paciente* Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*

*** = CAMPOS OBLIGATORIOS**

5 Información del centro de tratamiento* (solo para la administración de la formulación intravenosa) Si tiene previsto enviar a su paciente a otro centro para que reciba la formulación intravenosa de COSENTYX® (secukinumab), complete la siguiente información.

Indique su centro alternativo preferido, si lo hubiera:

- Consultorio de un médico no prescriptor Centro hospitalario ambulatorio Empresa proveedora de infusión domiciliaria/infusión Otro

Si conoce el centro alternativo de servicio, llene los siguientes datos:

Nombre del centro* Fecha prevista de tratamiento con COSENTYX (MM/DD/AAAA)

Dirección* Teléfono

Ciudad Estado Código postal* Fax*

N.º de NPI del centro* N.º de identificación fiscal* Nombre de contacto Teléfono de contacto

6 Información adicional*

Diagnóstico primario/Códigos de ICD-10-CM (marque una opción): L40.0 Psoriasis en placas L40.5 Artritis psoriásica L40.54 Artropatía psoriásica juvenil

- L73.2 Hidrosadenitis supurativa M08.90 Artritis juvenil, sin especificar M45.0 Espondilitis anquilosante M45.A Espondiloartritis axial no radiográfica

Otros códigos de ICD-10-CM: _____ **Diagnóstico secundario/Áreas o manifestaciones especiales** (opcional): _____

Si excluimos a COSENTYX, ¿este paciente tiene alguna contraindicación o ha recibido anteriormente alguno de los siguientes tratamientos? Si la respuesta es sí, indique cuál de las siguientes opciones: (opcional)

- Cimzia® Enbrel® Humira® Otezla® Remicade® Rinvoq® Simponi® AINE (diclofenac, ibuprofeno, etc.)
- Skyrizi® Stelara® Taltz® Tremfya® Fototerapia Metotrexato Sulfasalazina Otro, indique el nombre de los medicamentos: _____

7 Información de prescripción (solo para la administración subcutánea)*

Receta de medicamento gratuito de Covered Until You're Covered

Enviar la primera dosis a: Paciente Consultorio, según lo que permita la ley **Todas las dosis posteriores se enviarán al paciente.**

Farmacia especializada preferida por el HCP (opcional): _____ La receta del paciente se ha enviado a la farmacia especializada que se indica aquí

Receta para la farmacia y Covered Until You're Covered*:

Adulto	Pauta posológica (cantidad: 28 días)	Resurtidos
COSENTYX 150 mg <input type="checkbox"/> Pluma Sensoready® (1x150 mg/ml) <input type="checkbox"/> Jeringa precargada (1x150 mg/ml)	<input type="checkbox"/> Dosis de carga: Inyectar 150 mg de manera subcutánea en las semanas 0, 1, 2, 3 <input type="checkbox"/> Mantenimiento: Inyectar 150 mg de manera subcutánea en la semana 4, luego cada cuatro semanas en adelante	N/A <input type="checkbox"/> 12 resurtidos o ____ resurtidos
COSENTYX 300 mg <input type="checkbox"/> Pluma UnoReady® (1x300 mg/2 ml) <input type="checkbox"/> Pluma Sensoready® (2x150 mg/ml) <input type="checkbox"/> Jeringa precargada (2x150 mg/ml)	<input type="checkbox"/> Dosis de carga: Inyectar 300 mg de manera subcutánea en las semanas 0, 1, 2, 3 <input type="checkbox"/> Mantenimiento: Inyectar 300 mg de manera subcutánea en la semana 4, luego cada cuatro semanas en adelante <input type="checkbox"/> Aumento de mantenimiento (solo para la hidrosadenitis supurativa): Inyectar 300 mg de manera subcutánea cada 2 semanas (para los pacientes que actualmente reciben COSENTYX cada cuatro semanas, según la ficha técnica. Dosis de carga ya completa).	N/A <input type="checkbox"/> 12 resurtidos o ____ resurtidos <input type="checkbox"/> 12 resurtidos o ____ resurtidos
Paciente pediátrico	Pauta posológica (cantidad: 28 días)	Resurtidos
COSENTYX 75 mg (peso <50 kg) <input type="checkbox"/> Jeringa precargada (1x75 mg/ml)	<input type="checkbox"/> Dosis de carga: Inyectar 75 mg de manera subcutánea en las semanas 0, 1, 2, 3 <input type="checkbox"/> Mantenimiento: Inyectar 75 mg por vía subcutánea en la semana 4; luego, en adelante, cada cuatro semanas	N/A <input type="checkbox"/> 12 resurtidos o ____ resurtidos
COSENTYX 150 mg (peso ≥50 kg) <input type="checkbox"/> Pluma Sensoready® (1x150 mg/ml) <input type="checkbox"/> Jeringa precargada (1x150 mg/ml)	<input type="checkbox"/> Dosis de carga: Inyectar 150 mg de manera subcutánea en las semanas 0, 1, 2, 3 <input type="checkbox"/> Mantenimiento: Inyectar 150 mg de manera subcutánea en la semana 4, luego cada cuatro semanas en adelante	N/A <input type="checkbox"/> 12 resurtidos o ____ resurtidos

Certificación del proveedor

El prescriptor debe autorizar estas instrucciones con su firma al final de esta sección.

Certifico que el tratamiento anterior es médicamente necesario y que la información suministrada es precisa a mi leal saber y entender. Certifico que soy el proveedor que ha recetado COSENTYX al paciente identificado con anterioridad, y que he brindado al paciente una descripción del Programa de Asistencia al Paciente COSENTYX® Connect. A los fines de transmitir estas recetas, autorizo a la Novartis Patient Assistance Foundation (NPAF), a Novartis Pharmaceuticals Corporation, y a sus filiales, socios comerciales y agentes a remitir, como agentes míos y con estos fines limitados, esta receta electrónica por facsímil o por correo a las farmacias surtidoras correspondientes. No trataré de obtener un reembolso por el producto gratuito brindado a mi consultorio. **He analizado el Programa de Asistencia al Paciente COSENTYX® Connect con mi paciente, quien me autorizó en virtud de la HIPAA y de la legislación del estado a divulgar su información a Novartis con el fin limitado de inscribirse en el Programa de Asistencia al Paciente COSENTYX® Connect. Para completar esta inscripción, Novartis puede comunicarse con el paciente por teléfono, mensaje de texto y/o correo electrónico.**



Firma del proveedor (surtir tal como se indica por escrito)* (Sustituto permitido) Nombre del proveedor (en letra imprenta) Fecha (MM/DD/AAAA)*

ATENCIÓN: Respete las pautas de recetado de su estado para la generación de recetas electrónicas (si corresponde)

Envíe un fax al
1-844-666-1366 o 1-800-343-9117

Inscribese en línea en
www.CoverMyMeds.com

¿Tiene preguntas? Llame al
1-844-267-3689

Llene todo el formulario y envíelo por fax al Programa de Asistencia al Paciente COSENTYX® Connect al 1-844-666-1366.

Autorización del paciente

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

Mientras prestan los Servicios, Novartis y la NPAF pueden compartir mi Información personal entre sí, con mis Proveedores o con organismos del gobierno u otros programas de asistencia financiera que podrían ayudarme a pagar mis medicamentos. Pueden combinar la información que hayan obtenido directamente de mí con la 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 la NPAF por la prestación de determinados Servicios, como medicamentos o recordatorios de recarga, según mi estado de inscripción o participación. Una vez que autorice la divulgación de mi Información personal, 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 si llamo al 1-844-267-3689 o escribo 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, ya no cumpliré con los requisitos para acceder a los Servicios de Novartis o la NPAF, pero esto no afectará el tratamiento de mis Proveedores ni mis beneficios del seguro. También comprendo que, si un Proveedor divulga mi Información personal a Novartis o a la NPAF de manera no autorizada y constante, mi cancelación tendrá vigor con respecto a ese Proveedor en cuanto reciba la notificación de cancelación. La cancelación no afectará ningún uso o divulgación que se hayan producido con anterioridad.

Términos y Condiciones de la oferta de copago de COSENTYX® Connect

Se aplican limitaciones. Válido únicamente para personas con seguro privado. El Programa ofrece hasta \$16,000 por año para cubrir el costo de COSENTYX y hasta \$150 por infusión (hasta \$1,950 por año) para cubrir el costo de administración. La asistencia con los copagos por el costo de administración de la infusión no está disponible en Rhode Island ni Massachusetts. 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, VA, DoD o cualquier otro programa de atención médica federal o estatal; (ii) cuando el paciente no esté utilizando ninguna cobertura de seguro; (iii) cuando el plan de seguro del paciente reembolse el costo total del medicamento; o (iv) cuando el producto no esté cubierto por el seguro del paciente. El valor de este programa es exclusivamente para el beneficio de los pacientes y está indicado para destinarse a cubrir las obligaciones y los máximos a cargo del 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 solo en los EE. UU. y Puerto Rico. Este Programa no es un seguro médico. El Programa no puede combinarse con un reembolso, cupón u oferta de ningún tercero. 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.

*El Programa Covered Until You're Covered está disponible solo para la inyección subcutánea de COSENTYX® (secukinumab). Los pacientes elegibles deben tener un seguro comercial, una receta para COSENTYX válida y una denegación de cobertura del seguro basada en una solicitud de autorización previa. El Programa requiere la presentación de una apelación de la denegación de cobertura dentro de los primeros 90 días de la inscripción para seguir siendo elegible. El Programa proporciona a los pacientes elegibles COSENTYX por hasta dos años o hasta que reciban la aprobación de la cobertura del seguro, lo que ocurra primero. Es necesario presentar una receta válida que se ajuste a la ficha técnica aprobada por la FDA. El Programa no está disponible para pacientes cuyos medicamentos sean reembolsados total o parcialmente por Medicare, Medicaid, TRICARE o cualquier otro programa federal o estatal. Se les puede pedir a los pacientes que verifiquen nuevamente el estado de la cobertura del seguro durante el transcurso del programa. No se requiere la compra. El Programa no es un seguro médico ni la participación representa una garantía de cobertura de seguro. Se pueden aplicar limitaciones. Los pacientes inscriptos que aún esperan obtener la cobertura de COSENTYX después de dos años pueden ser elegibles para acceder a una extensión limitada del Programa. Novartis Pharmaceuticals Corporation se reserva el derecho a rescindir, revocar o modificar este Programa sin aviso previo.

El Programa de Asistencia al Paciente de Novartis podrá llamarlo y enviarle mensajes de texto a los números indicados con fines no comerciales (por ejemplo, para ayudarlo a acceder a COSENTYX e iniciar el tratamiento con este medicamento). Las llamadas pueden ser automáticas o pregrabadas. Pueden aplicarse tarifas por el uso de mensajes y datos. Puede modificar sus preferencias de comunicación en cualquier momento llamando al 1-844-267-3689.