

Marque uno de los siguientes casilleros\*:  Soy un paciente nuevo  Deseo reinscribirme

**1 Información del paciente**

\* = CAMPOS OBLIGATORIOS

Nombre*	Apellido*	Correo electrónico
/ / Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*	Sexo (con fines clínicos)*: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de celular* — <small>Le enviaremos información actualizada a través de llamadas/mensajes de texto con fines no comerciales.†</small>
Dirección (no se aceptan apartados postales)*		Número fijo* — <small>Le enviaremos información actualizada a través de llamadas/mensajes de texto con fines no comerciales.†</small>
Ciudad*	Estado*	Código postal*
Autorizo la divulgación de mi información médica personal al siguiente cuidador:		Residente de los EE. UU. o sus territorios*: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del cuidador	Relación con el paciente	Número de teléfono

**2 Información del seguro**

Para evitar retrasos, incluya copias (frente y dorso) de **todas** las tarjetas del seguro, incluidas las del seguro principal, secundario y para recetas.

Tipo de plan	Nombre del plan	N.º de identificación	N.º de Teléfono
Medicare (tarjeta roja/blanca/azul)			
Parte D de Medicare/ Medicare Advantage			
Seguro complementario de Medicare/otro			
Medicaid/Tricare/VA/DoD			
Seguro privado			

Nombre del empleador (si tiene seguro a través de un empleador): \_\_\_\_\_  
 No tengo cobertura de medicamentos recetados.

**3 Ingresos**

Para poder participar en el programa Novartis Patient Assistance Foundation (NPAF), debe presentar un comprobante de ingresos. Debe enviar una copia de las primeras 2 páginas de su declaración de la renta más reciente (por ejemplo, el formulario 1040).\*


**4 Autorización del paciente**

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


→ **X** \_\_\_\_\_ / /  
 Firma del paciente/tutor legal\* Fecha (MM/DD/AAAA)

Llene el formulario en su totalidad y envíelo por fax a la NPAF al **1-855-817-2711** o por correo postal a: **NPAF, PO Box 2529, Columbus, OH 43216**  
**Si el formulario está incompleto, se retrasará la tramitación o se denegará la solicitud.**

 **Visite el sitio web**  
www.PAP.Novartis.com

 **Envíe un fax**  
1-855-817-2711

 **¿Tiene preguntas? Llámenos**  
1-800-277-2254

 **Correo postal** PO Box 2529  
Columbus, OH 43216

## 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 1-800-277-2254 o escribo a:

NPAF  
PO Box 2529  
Columbus, OH 43216

O BIEN

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.

<sup>†</sup> Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. (NPAF) puede llamarlo y enviarle mensajes de texto a los números indicados con fines no comerciales (por ejemplo, para ayudarlo a acceder a sus medicamentos o a iniciar el tratamiento con ellos). 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 1-800-277-2254.

**1 Información del prescriptor**
**\* = CAMPOS OBLIGATORIOS**

Nombre*		Apellido*		Nombre del centro médico	
Dirección*				Número de teléfono del centro médico	
Ciudad*	Estado*	Código postal*		Nombre de contacto en la oficina	Teléfono de contacto de la oficina
N.º de NPI del proveedor*				Fax de la oficina*	
N.º de licencia estatal				Correo electrónico de la oficina	

**2 Información del paciente**

Nombre*		Apellido*		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*		Sexo (con fines clínicos)*:	
Fecha de FDO (si corresponde)						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

**3 Receta**

Marca comercial del medicamento	Dosis	Indicaciones	Cantidad	Recargas
	Si se trata de un medicamento inyectable: <input type="checkbox"/> Pluma <input type="checkbox"/> Jeringa <input type="checkbox"/> Vial		<input type="checkbox"/> 90 días <input type="checkbox"/> Otra: _____	<input type="checkbox"/> 1 año <input type="checkbox"/> Otro: _____
	Si se trata de un medicamento inyectable: <input type="checkbox"/> Pluma <input type="checkbox"/> Jeringa <input type="checkbox"/> Vial		<input type="checkbox"/> 90 días <input type="checkbox"/> Otra: _____	<input type="checkbox"/> 1 año <input type="checkbox"/> Otro: _____

**4 Autorización previa**

Si el paciente tiene seguro y el seguro solicita una autorización previa (PA), debe enviar una copia de la PA o el resultado de la apelación para obtener el medicamento.

**5 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 al paciente mencionado en este formulario el medicamento indicado anteriormente. Certifico que cualquier medicamento recibido de Novartis Pharmaceuticals Corporation, sus filiales y proveedores de servicios ("Novartis") o de la Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. y sus proveedores de servicios ("NPAF") se utilizará únicamente para el paciente mencionado en este formulario y no se ofrecerá para la venta, el comercio ni el canje, ni se presentará para obtener reembolsos de ningún tipo. Reconozco que la NPAF se dedica exclusivamente a fines relacionados con el cuidado de los pacientes y no procura remuneraciones de ningún tipo. Comprendo que Novartis y la NPAF pueden revisar, modificar o cancelar sus respectivos programas en cualquier momento. A los fines de transmitir esta receta, autorizo a la NPAF 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.

**He analizado la NPAF 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 la NPAF. Para completar esta inscripción, Novartis puede comunicarse con el paciente por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico.**



Proveedor Firma\* (Surtir tal como se indica por escrito) \_\_\_\_\_ Fecha (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN:** Respete las pautas de recetado de su estado para la generación de recetas electrónicas.

Llene el formulario en su totalidad y envíelo por fax a la NPAF al **1-855-817-2711** o por correo postal a: **NPAF, PO Box 2529, Columbus, OH 43216**  
**Si el formulario está incompleto, se retrasará la tramitación o se denegará la solicitud.**