

Marque una de las siguientes casillas*:

☐ Soy un paciente nuevo

☐ Deseo reinscribirme

1 Información del paciente

* = CAMPOS OBLIGATORIOS

Nombre*	Apellido*	Correo electrónico
/ /	Sexo (con fines clínicos)*: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de teléfono celular* (preferido): para llamadas o mensajes de texto que no sean de comerciales. ¹
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)*		

Dirección particular del paciente/dirección de envío* (no se aceptan apartados postales)	Número de teléfono alternativo*: (si no hay ningún número de teléfono celular disponible)
--	---

Ciudad*	Estado*	Código postal*	Tamaño del grupo familiar*: según lo indicado en su declaración de impuestos (1040)
---------	---------	----------------	---

Idioma preferido para las comunicaciones de NPAF: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro (especifique):

Reside en los EE. UU. o en el territorio de los EE. UU.*: ☐ Sí ☐ No

Si se marca Sí, debe proporcionar una copia de la documentación correspondiente. La documentación preferida incluye lo siguiente: licencia de conducir emitida por el estado, identificación emitida por el gobierno, factura de servicios públicos o tarjeta de residencia.

Autorizo la divulgación de mi información de salud personal al siguiente cuidador autorizado, tutor legal o poder notarial médico:

Nombre	Relación con el paciente	Número de teléfono
--------	--------------------------	--------------------

2 Información del seguro

Para completar la solicitud, es necesario presentar la tarjeta del seguro: incluya copias (frente y dorso) de **todas** las tarjetas del seguro. Esto incluye el seguro principal, secundario y de medicamentos recetados.

Situación del seguro e información

☐ Sin seguro. No tengo cobertura de seguro médico

☐ Tengo seguro del gobierno: se requieren copias de todas las tarjetas del seguro (frente y dorso), incluida la tarjeta de Medicare (roja/blanca/azul) y los planes del seguro principal, secundario y de medicamentos recetados.

3 Ingresos

Para poder participar en el programa de Novartis Patient Assistance Foundation (NPAF), debe presentar un comprobante de ingresos. Debe enviar una copia de las primeras 2 páginas de su declaración de impuestos más reciente (1040). Si no tiene la obligación de presentar la declaración de impuestos, comuníquese directamente con NPAF para analizar los pasos a seguir.*

4 Información del proveedor de atención médica (HCP)

Nombre del HCP*	Apellido del HCP*	Número de teléfono del HCP
Dirección del HCP*	Ciudad*	Estado*
		Código postal*

5 Autorización del paciente

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



Firma del paciente/tutor legal*

/ /

Fecha (MM/DD/AAAA)

Complete todo el formulario y envíelo a NPAF. Para obtener la solicitud más reciente y conocer las formas de enviarla, visite www.PAP.Novartis.com.

Si el formulario está incompleto, se retrasará la tramitación o se denegará la solicitud.

Autorización del paciente

Autorizo a mis proveedores de atención médica, farmacias y aseguradoras de salud, como así también a sus proveedores de servicios (los "Proveedores") a divulgar información relacionada con mis beneficios de seguro, afección, tratamiento y detalles de la receta (la "Información personal") a Novartis Pharmaceuticals Corporation, sus filiales y proveedores de servicios ("Novartis") y a 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 confirmar o identificar el seguro, ayudar a procesar mi información para confirmar la elegibilidad y, si se aprueba, coordinar la entrega de mis medicamentos.
- Comunicarse conmigo acerca de posibilidades de asistencia financiera o programas de NPAF y, si estoy inscrito, gestionar mi participación en esos programas.
- Comunicarse conmigo acerca de mis medicamentos y tratamiento, lo que incluye recordatorios e información sobre productos y otros datos relacionados. 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 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 utilizarla para administrar los Servicios. Mis farmacias u otros proveedores de atención médica pueden recibir pagos de Novartis o de NPAF por la prestación de determinados Servicios, como medicamentos o recordatorios de recarga, según mi situación de inscripción o participación. Una vez que autorice la divulgación de mi Información personal, mi información podría ya no estar protegida por la ley federal de privacidad de la salud ni las leyes vigentes del estado. Comprendo que debo dar mi consentimiento para procesar esta solicitud. Sin embargo, comprendo que tengo derecho a recibir una copia y que puedo revocar esta autorización en cualquier momento llamando al 1-800-277-2254 o escribiendo a:

Customer Interaction Center
Novartis Pharmaceuticals Corporation
One Health Plaza
East Hanover, NJ 07936-1080

Esta Autorización vencerá 5 años después de que la firme o antes, si así lo exigiera la legislación del estado, a menos que la cancele con anterioridad. Para los proveedores de atención médica de Maryland, esta autorización vence un año después de la fecha de firma. Si la cancelo, es posible que ya no cumpla con los requisitos para acceder a los Servicios de Novartis o de NPAF, pero esto no afectará el tratamiento de mi Proveedor ni mis beneficios del seguro. También comprendo que, si un Proveedor divulga mi Información personal a Novartis o a NPAF de manera 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.

¹Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. (NPAF) puede hacerle llamadas 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). 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.

NPAF es una entidad independiente sin fines de lucro, constituida en virtud de la sección 501(c)(3), que proporciona determinados medicamentos sin costo a pacientes elegibles que no pueden pagar el costo de sus medicamentos de Novartis, que no tienen seguro o que tienen un seguro del gobierno, y que cumplen con las pautas de ingresos y otros criterios de elegibilidad. NPAF no proporciona productos a personas que tengan un seguro vinculado a cualquier tipo de programa de financiación alternativa que condicione, restrinja o modifique la cobertura en función de la solicitud presentada a NPAF o a cualquier otro programa de productos gratuitos. Es posible que se apliquen otros términos y condiciones.

Para recibir asistencia a través de NPAF, los solicitantes deben presentar toda la documentación requerida, lo que incluye el comprobante de ingresos y las pruebas de denegación de Ayuda adicional, según se considere necesario. Solo el paciente o su tutor legal o cuidador pueden inscribir al paciente en el programa. Los planes de salud, las farmacias especializadas, los administradores de beneficios de farmacia y sus agentes y representantes tienen prohibido inscribir a pacientes en el Programa. Novartis Patient Assistance Foundation, Inc., a su entera y absoluta discreción, se reserva el derecho de modificar o interrumpir el programa en cualquier momento y de verificar la exactitud de la información de inscripción enviada. Visite www.PAP.Novartis.com para obtener más información.

1 Información del médico prescriptor

★ = CAMPOS OBLIGATORIOS

Nombre★	Apellido★	Nombre del centro médico★	
Dirección del médico prescriptor (donde se trata al paciente)★		Número de teléfono del centro médico★	
Ciudad★	Estado★	Código postal★	Nombre de contacto en el consultorio Teléfono de contacto del consultorio
Número de NPI del médico prescriptor★		Fax del consultorio★	
N.º de licencia estatal		Correo electrónico del consultorio	

2 Información del lugar de administración (centro ambulatorio, consultorio médico, infusión en el hogar, otros)

Si tiene previsto derivar a su paciente a otro centro para que reciba tratamiento, complete la siguiente información.

Nombre del centro★	Nombre de contacto en el centro★		
Dirección del centro (donde se trata al paciente)★		Número de teléfono del centro★	
Ciudad★	Estado★	Código postal★	Fax del centro★
N.º de NPI del proveedor del centro★			

3 Información del paciente

Nombre★	Apellido★	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)★	Sexo (con fines clínicos)★:	☐ Masculino	☐ Femenino
Dirección particular del paciente/dirección de envío★ (no se aceptan apartados postales)		Ciudad★	Estado★	Código postal★	

4 Producto solicitado

Novartis Patient Assistance Foundation (NPAF) solo acepta recetas electrónicas como recetas válidas. Este formulario no sustituye a una receta médica. Si se aprueba al paciente, NPAF le proporcionará las instrucciones para la receta electrónica.

Marca comercial del medicamento★	Dosis★	Cantidad★	Días de suministro★	Diagnóstico (Código ICD-10)★
	Si se trata de un medicamento inyectable: ☐ Pluma ☐ Jeringa ☐ Vial Dosis: _____	Cantidad: _____	Días de suministro: _____	Principal: _____ Secundaria: _____
	Si se trata de un medicamento inyectable: ☐ Pluma ☐ Jeringa ☐ Vial Dosis: _____	Cantidad: _____	Días de suministro: _____	Principal: _____ Secundaria: _____

5 Certificación del médico prescriptor

El médico prescriptor debe autorizar estas instrucciones y confirmar que leyó y acepta la Declaración del médico prescriptor que se encuentra en la página 4 firmando al final de esta sección.

X	Fecha (MM/DD/AAAA)
Firma del médico prescriptor★	

Complete todo el formulario y envíelo a NPAF. Para obtener la solicitud más reciente y conocer las formas de enviarla, visite www.PAP.Novartis.com.
Si el formulario está incompleto, se retrasará la tramitación o se denegará la solicitud.

Certificación del médico prescriptor

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 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 NPAF se dedica exclusivamente a fines relacionados con el cuidado de los pacientes y no procura remuneraciones de ningún tipo. Comprendo que Novartis y NPAF pueden revisar, modificar o cancelar sus respectivos programas en cualquier momento.

He analizado el programa de NPAF con mi paciente, quien me autorizó, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y de la legislación del estado, a divulgar su información a Novartis con el fin limitado de inscribirse en NPAF. Para completar esta inscripción, Novartis puede comunicarse con el paciente por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico.

NPAF es una entidad independiente sin fines de lucro, constituida en virtud de la sección 501(c)(3), que proporciona determinados medicamentos sin costo a pacientes elegibles que no pueden pagar el costo de sus medicamentos de Novartis, que no tienen seguro o que tienen un seguro del gobierno, y que cumplen con las pautas de ingresos y otros criterios de elegibilidad. NPAF no proporciona productos a personas que tengan un seguro vinculado a cualquier tipo de programa de financiación alternativa que condicione, restrinja o modifique la cobertura en función de la solicitud presentada a NPAF o a cualquier otro programa de productos gratuitos. Es posible que se apliquen otros términos y condiciones.

Para recibir asistencia a través de NPAF, los solicitantes deben presentar toda la documentación requerida, lo que incluye el comprobante de ingresos y las pruebas de denegación de Ayuda adicional, según se considere necesario. Solo el paciente o su tutor legal o cuidador pueden inscribir al paciente en el programa. Los planes de salud, las farmacias especializadas, los administradores de beneficios de farmacia y sus agentes y representantes tienen prohibido inscribir a pacientes en el Programa. Novartis Patient Assistance Foundation, Inc., a su entera y absoluta discreción, se reserva el derecho de modificar o interrumpir el programa en cualquier momento y de verificar la exactitud de la información de inscripción enviada. Visite www.PAP.Novartis.com para obtener más información.