

NOVARTIS ONCOLOGY - FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIOS DE APOYO PARA PACIENTES

! Complete la página de portada de fax y el formulario de solicitud de servicios, y envíe por fax todas las páginas al número que se especifica a continuación

Estimado profesional de la salud:

El formulario de solicitud de servicios de Novartis Oncology ayuda a evaluar la elegibilidad de los pacientes para todos los programas de acceso de Novartis. Es por lo tanto fundamental para su solicitud que complete el formulario de inscripción adjunto en su totalidad. Si el formulario no se llena en su totalidad, es posible que los servicios deban posponerse hasta que obtengamos cualquier información que falte.

A: _____ (Apoyo para pacientes de Novartis o la farmacia especializada seleccionada)		Número de fax: _____ Para ZYKADIA y FARYDAK, envíe por fax TODAS LAS PÁGINAS (8) a la farmacia seleccionada en la página 5. Para todas las demás recetas, envíe por fax TODAS LAS PÁGINAS (8) al 1-888-891-4924 .	
Seleccione el producto o productos:			
<input type="checkbox"/> AFINITOR® (everolimus) en comprimidos	<input type="checkbox"/> GLEEVEC® (mesilato de imatinib) en comprimidos	<input type="checkbox"/> TAFINLAR® (dabrafenib) en cápsulas	<input type="checkbox"/> TASIGNA® (nilotinib) en cápsulas
<input type="checkbox"/> ARZERRA® (ofatumumab) en inyección para infusión intravenosa	<input type="checkbox"/> JADENU® (deferasirox) en comprimidos	<input type="checkbox"/> TYKERB® (lapatinib) en comprimidos	<input type="checkbox"/> VOTRIENT® (pazopanib) en comprimidos
<input type="checkbox"/> EXJADE® (deferasirox) en comprimidos para suspensión oral	<input type="checkbox"/> MEKINIST® (trametinib) en comprimidos	<input type="checkbox"/> ZYKADIA® (ceritinib) en cápsulas	<input type="checkbox"/> Otro producto de Novartis Oncology: _____
<input type="checkbox"/> FARYDAK® (panobinostat) en cápsulas	<input type="checkbox"/> ODOMZO® (sonidegib) en cápsulas		
	<input type="checkbox"/> PROMACTA® (eltrombopag) en comprimidos		
	<input type="checkbox"/> Sandostatín® LAR Depot (acetato de octreotida para suspensión inyectable)		
Indique de la lista que sigue los servicios específicos que su paciente esté interesado en recibir (marque todos los que correspondan):			
Servicios de apoyo para pacientes:		Programa de asistencia a pacientes:	
<input type="checkbox"/> Investigación de beneficios, información sobre autorizaciones previas y asistencia con denegaciones y apelaciones	<input type="checkbox"/> Programas de apoyo específicos para cada tratamiento con los gastos de bolsillo (es decir, asistencia con copagos)	<input type="checkbox"/> Programa de prueba gratuita	<input type="checkbox"/> Programa de asistencia a pacientes (PAP/Patient Assistance Program) para pacientes de bajos ingresos y sin cobertura de seguro médico



Siga los siguientes pasos para completar el formulario de solicitud de servicios y marque las partes que haya completado

Información del paciente (sección 1)



Complétela con todos los datos pertinentes. Asegúrese de que el paciente firme la **autorización del paciente** y el **consentimiento para el paciente del Programa de asistencia a pacientes (PAP)** (si corresponde). **Solamente** en el caso de solicitudes para ZYKADIA y FARYDAK en farmacias especializadas, la firma del paciente no es obligatoria.



Información del seguro médico (sección 2)

Incluya copias del frente y el reverso de la(s) tarjeta(s) del seguro médico del paciente.



Información económica del paciente (sección 3)

Solo es necesario completar esta sección si considera que el paciente podría cumplir los requisitos del Programa de asistencia a pacientes (PAP). Para que se considere la posibilidad de brindar asistencia al paciente, adjunte un comprobante de ingresos, es decir, recibo de sueldo, declaración de ingresos del empleador, declaración de impuestos, etc.



Información del médico (sección 4)

Complete con toda la información pertinente y la mejor persona de contacto. Asegúrese de firmar la **autorización del médico** y el **consentimiento para el médico del Programa de asistencia a pacientes (PAP)** (si corresponde).



Preferencia de farmacia (sección 5)

Escoja la farmacia de preferencia del paciente (si corresponde).



Información de prescripción (sección 6)

Complete la información de la prescripción seleccionada para su paciente. Asegúrese de que se incluyan todas las firmas del médico tratante necesarias.

LO QUE PUEDE ESPERAR A CONTINUACIÓN

Cuando envíe a Novartis su formulario de solicitud de servicios, deberá recibir una llamada o fax de Asistencia de Pacientes Ahora, Oncología (Patient Assistance Now Oncology (PANO)) en un plazo de 24 a 48 horas.

Para obtener más información, llame al **1-800-282-7630 de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 8:00 p. m., hora de la costa este**, o comuníquese con su representante de Novartis. Esperamos con gusto poder trabajar con usted y sus pacientes.

Consulte la información de prescripción completa, incluyendo el **RECUADRO DE ADVERTENCIAS**, para ARZERRA® (ofatumumab) en inyección para infusión intravenosa, EXJADE® (deferasirox) en comprimidos para suspensión oral, FARYDAK® (panobinostat) en cápsulas, JADENU® (deferasirox) en comprimidos, ODOMZO® (sonidegib) en cápsulas, PROMACTA® (eltrombopag) en comprimidos, TASIGNA® (nilotinib) en cápsulas, TYKERB® (lapatinib) en comprimidos y VOTRIENT® (pazopanib) en comprimidos.

NOVARTIS ONCOLOGY - FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIOS DE APOYO PARA PACIENTES



Complete la página de portada de fax y el formulario de solicitud de servicios, y envíe por fax todas las páginas al número que se especifica en la página 1.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (DEBE COMPLETARLO EL PACIENTE)

Nombre	Apellido	Segundo nombre (del paciente)
Dirección		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Ciudad, estado, código postal		Fecha de nacimiento
Correo electrónico		Número de seguro social
Teléfono residencial		Teléfono celular
Comunicarse conmigo mediante: <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Teléfono residencial <input type="checkbox"/> Correo electrónico		Mejor horario para llamar: <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche
Preferencia de idioma		
Contacto: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cuidador/defensor del paciente		
Nombre del cuidador/defensor		Teléfono del cuidador/defensor
Dirección del cuidador/defensor		Ciudad, estado, código postal del cuidador/defensor

! FIRMAS DEL PACIENTE

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE – OBLIGATORIA PARA EL PROCESAMIENTO*

He leído y acepto lo estipulado en la **autorización del paciente** (sección C) que aparece en las páginas 6 y 8 de este documento. **(OBLIGATORIO)**

X _____
Firma del paciente Fecha

CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA A PACIENTES (PAP) – LA FIRMA NO ES NECESARIA SI EL PACIENTE NO SOLICITA INGRESO EN EL PAP

He leído y acepto lo estipulado en el **consentimiento para el paciente del Programa de asistencia a pacientes (PAP)** (sección D) que aparece en la página 8 de este documento.

X _____
Firma del paciente Fecha

*Observe que, **solamente** en el caso de solicitudes para ZYKADIA® (ceritinib) en cápsulas y FARYDAK® (panobinostat) en cápsulas en farmacias especializadas, la firma del paciente no es obligatoria.

2. INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

INCLUYA COPIAS DEL FRENTE Y EL REVERSO DE LA(S) TARJETA(S) DEL SEGURO DEL PACIENTE

Nombre del seguro primario (PI)	Nombre del suscrito al PI
Fecha de nacimiento del titular de la póliza	N.º de póliza/grupo
Identificación del suscrito al PI	Teléfono del PI
Seguro para medicamentos recetados (los pacientes de Medicare deben utilizar la información de Medicare Parte D)	
Identificación del miembro	
Grupo	Teléfono
Teléfono de los servicios de farmacia (ver al reverso de la tarjeta)	

3. INFORMACIÓN ECONÓMICA DEL PACIENTE (OPCIONAL)

DEBE COMPLETARLO EL MÉDICO TRATANTE SOLO SI SE PRESENTA UNA SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA A PACIENTES. PARA SER CONSIDERADO, ADJUNTAR COMPROBANTE DE INGRESOS

El paciente desea presentar una solicitud para el Programa de asistencia a pacientes
¿Residente de los EE. UU.? Sí No ¿Ex militar? Sí No ¿Discapacitado? Sí No

Cantidad total de adultos en el grupo familiar (incluyendo el paciente)	Cantidad total de adultos que contribuyen a los ingresos del grupo familiar
Salarios/sueldos \$	Seguro social \$
Discapacidad \$	Pensión conyugal/Manutención de hijos menores \$
Desempleo \$	Ingresos totales brutos mensuales del grupo familiar el mes anterior
Pensión/jubilación \$	Activos totales del grupo familiar (excluida vivienda y automóvil) \$

4. INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre	Apellido
Nombre del consultorio/institución	Especialidad
Dirección	Ciudad, estado, código postal
Nombre del contacto en el consultorio	Número del contacto en el consultorio
Número de fax del consultorio	Correo electrónico del consultorio
N.º de identificación fiscal	N.º de NPI
N.º de registro de la DEA	
Información de facturación para: <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Persona individual	
N.º de identificación fiscal	N.º de NPI
N.º de registro de la DEA	Nombre del médico colaborador (si corresponde)

5. PREFERENCIA DE FARMACIA (OPCIONAL)

Nombre de la farmacia	
Dirección	Ciudad, estado, código postal
Teléfono	Persona de contacto

! FIRMAS DEL MÉDICO TRATANTE

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO – OBLIGATORIA PARA EL PROCESAMIENTO

He leído y acepto lo estipulado en la **autorización del médico** (sección A) que aparece en la página 4 de este documento. **(OBLIGATORIO)**

X _____
Firma del médico tratante (no usar sellos) Fecha

CONSENTIMIENTO PARA EL MÉDICO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA A PACIENTES (PAP) – LA FIRMA NO ES NECESARIA SI EL PACIENTE NO SOLICITA INGRESO EN EL PAP

He leído y acepto lo estipulado en el **consentimiento para el médico del Programa de asistencia a pacientes (PAP)** (sección B) que aparece en la página 4 de este documento.

X _____
Firma del médico tratante (no usar sellos) Fecha

Nombre del paciente _____ Apellido del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente _____
 Nombre del médico tratante/ Médico colaborador (si corresponde) _____ N.º de registro de la DEA _____ N.º de identificación fiscal o n.º de NPI _____

6. INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN (DEBE COMPLETARLO EL MÉDICO TRATANTE)

■ Receta de AFINITOR® (everolimus) en comprimidos

Rx: AFINITOR® (everolimus) en comprimidos de administración oral:
 Concentración (marcar una)
 2.5 mg 5 mg 7.5 mg 10 mg
 Instrucciones de administración: Tomar _____ comprimido(s) _____ vez/veces por día
 Cantidad _____ n.º de días que cubre el suministro _____
 Resurtidos autorizados _____ Inválido después de _____ días
 Diagnóstico principal/ICD-9/10-CM _____
 Tratamiento previo _____
 Diagnóstico secundario/ICD-9/10-CM _____

(Opcional) Inscripción en el programa de prueba gratuita de 14 días de AFINITOR
 Todos los pacientes son aptos para recibir una vez un suministro de AFINITOR para una indicación aprobada por la FDA (por concentración prescrita) independientemente de la compra de AFINITOR o cualquier otro producto.
Seleccionar la concentración:
 2.5 mg 5 mg 7.5 mg 10 mg
 Complete las instrucciones de administración en el lado izquierdo de la receta. Firme más adelante en las secciones de firma de la información de prescripción y firma para la prueba gratuita.
Cantidad: para 14 días

■ Receta de VOTRIENT® (pazopanib) en comprimidos

Rx: VOTRIENT® (pazopanib) en comprimidos
 Concentración 200 mg
 Instrucciones de administración: Tomar _____ comprimido(s) _____ vez/veces por día
 Cantidad _____ n.º de días que cubre el suministro _____
 Resurtidos autorizados _____ Inválido después de _____ días
 Diagnóstico principal/ICD-9/10-CM _____
 Tratamiento previo _____
 Diagnóstico secundario/ICD-9/10-CM _____

(Opcional) Inscripción en el programa de prueba gratuita de 14 días de VOTRIENT
 Todos los pacientes son aptos para recibir una vez un suministro de VOTRIENT para una indicación aprobada por la FDA independientemente de la compra de VOTRIENT o cualquier otro producto.
Concentración: 200 mg
 Complete las instrucciones de administración en el lado izquierdo de la receta. Firme más adelante en las secciones de firma de la información de prescripción y firma para la prueba gratuita.
Cantidad: para 14 días

■ Receta de TASIGNA® (nilotinib) en cápsulas

Rx: TASIGNA® (nilotinib) en cápsulas
 Concentración (marcar una)
 150 mg 200 mg
 Instrucciones de administración: Tomar _____ comprimido(s)/cápsula(s) _____ vez/veces por día
 Cantidad _____ n.º de días que cubre el suministro _____
 Resurtidos autorizados _____ Inválido después de _____ días
 Diagnóstico principal/ICD-9/10-CM _____
 Diagnóstico secundario/ICD-9/10-CM _____

■ Receta de PROMACTA® (eltrombopag) en comprimidos

Rx: PROMACTA® (eltrombopag) en comprimidos
 Concentración (marcar una)
 12.5 mg 25 mg 50 mg 75 mg 100 mg

■ Receta de GLEEVEC® (mesilato de imatinib) en comprimidos

Rx: GLEEVEC® (mesilato de imatinib) en comprimidos
 Concentración (marcar una)
 100 mg 400 mg

Diagnóstico principal/ICD-9/10-CM _____
 Tratamiento previo _____
 Diagnóstico secundario/ICD-9/10-CM _____

■ Receta de TYKERB® (lapatinib) en comprimidos

Rx: TYKERB® (lapatinib) en comprimidos
 Concentración 250 mg
 Instrucciones de administración: Tomar _____ comprimido(s) _____ vez/veces por día
 Cantidad _____ n.º de días que cubre el suministro _____
 Resurtidos autorizados _____ Inválido después de _____ días
 Diagnóstico principal/ICD-9/10-CM _____
 Diagnóstico secundario/ICD-9/10-CM _____

(Opcional) Inscripción en el programa de prueba gratuita de 14 días de TYKERB
 Todos los pacientes son aptos para recibir una vez un suministro de TYKERB para una indicación aprobada por la FDA independientemente de la compra de TYKERB o cualquier otro producto.
Concentración: 250 mg
 Complete las instrucciones de administración en el lado izquierdo de la receta. Firme más adelante en las secciones de firma de la información de prescripción y firma para la prueba gratuita.
Cantidad: para 14 días

! FIRMAS DEL MÉDICO TRATANTE

FIRMA DE LA INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN – OBLIGATORIA PARA TODOS LOS PRODUCTOS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA RECETA

He leído y acepto lo que se estipula en la información de prescripción anterior. Certifico que soy el profesional de la salud que ha recetado el fármaco anteriormente nombrado para una indicación aprobada por la FDA al paciente que se indica en este formulario. Autorizo al Novartis Group a transmitir la información de prescripción a terceros para que despachen el fármaco anteriormente nombrado a dicho paciente. **(OBLIGATORIO)**

X _____
 Firma del médico tratante (no usar sellos) **Despachar según está escrito** Fecha

— 0 —

X _____
 Firma del médico tratante (no usar sellos) **Se permiten sustituciones** Fecha

Firma para la prueba gratuita – obligatoria para el procesamiento de la prueba gratuita

Certifico que este tratamiento es para una indicación aprobada por la FDA y necesario desde el punto de vista médico, y que la información es exacta a mi mejor conocimiento y entendimiento.

(OPCIONAL) – No es necesaria la firma si el paciente no está presentando una solicitud para el programa de prueba gratuita

X _____
 Firma del médico tratante (no usar sellos) Fecha

NOTA: los médicos tratantes de NY deben adjuntar una receta aprobada por el estado al enviar este formulario completado.

A. AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO

Mi firma en la página 2 certifica que soy el médico que ha recetado el fármaco seleccionado al paciente que se identifica en esa página. Certifico que dicho tratamiento es necesario desde el punto de vista médico y que he proporcionado al paciente materiales que describen el formulario de solicitud de servicios de apoyo para pacientes de Novartis Oncology.

Por último, a fin de transmitir esta receta, autorizo a Novartis Pharmaceuticals Corporation, y a sus filiales, socios comerciales, terceros contratados y agentes, como agentes míos y para este fin limitado, a reenviar esta receta por medios electrónicos, por fax o por correo a la farmacia expendedora elegida por el paciente que se indica en la página 2.

B. CONSENTIMIENTO PARA EL MÉDICO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA A PACIENTES (PAP) (OBLIGATORIO EN EL CASO DE PACIENTES QUE SE INSCRIBAN EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA A PACIENTES)

Mi firma en la página 2 certifica que la persona que se indica en esa página es un paciente mío a quien he recetado el fármaco que se indica en este formulario. A fin de transmitir esta receta, autorizo a Novartis Pharmaceuticals Corporation, y a sus filiales, socios comerciales, prestadores de servicios, terceros contratados y agentes, como agentes míos y para este fin limitado, a reenviar esta receta por medios electrónicos, por fax o por correo a la farmacia expendedora elegida por el paciente que se indica en la página 2. Certifico que cualquier medicamento recibido de Novartis en relación con esta solicitud se utilizará únicamente para el paciente que se indica en este formulario. Dichos medicamentos no se ofrecerán para su venta, comercialización ni intercambio. Además, no se presentará ninguna reclamación de reembolso en relación con estos medicamentos ante Medicare, Medicaid ni ningún tercero, ni se devolverá ningún medicamento para que se acredite su valor. Confirmando que he ayudado al paciente para que se inscribiera en el PAP de Novartis exclusivamente para los fines de su atención, y no en contraprestación por una remuneración de ningún tipo, con la expectativa de recibirla, ni por haberla recibido. Acepto también que Novartis tiene derecho a comunicarse con el paciente directamente para confirmar que haya recibido los medicamentos, y entiendo que Novartis podrá revisar, modificar o dar por finalizado este programa en cualquier momento. Por último, a mi mejor conocimiento y entendimiento, el paciente indicado en la página 2 cumple los criterios de elegibilidad para el PAP de Novartis.

Nombre del paciente _____ Apellido del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente _____
 Nombre del médico tratante/ Médico colaborador (si corresponde) _____ N.º de registro de la DEA _____ N.º de identificación fiscal o n.º de NPI _____

6. INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN (DEBE COMPLETARLO EL MÉDICO TRATANTE)

■ Receta de ODOMZO® (sonidegib) en cápsulas

Rx: ODOMZO® (sonidegib) en cápsulas
 Concentración 200 mg
 Instrucciones de administración: Tomar _____ cápsula(s) _____ vez/veces por día
 Cantidad _____ n.º de días que cubre el suministro _____
 Resurtidos autorizados _____ Inválido después de _____ días
 Diagnóstico principal/ICD-9/10-CM _____
 Diagnóstico secundario/ICD-9/10-CM _____

■ Receta de Sandostatin® LAR Depot (acetato de octeotrida para suspensión inyectable)

Rx: Sandostatin® LAR Depot (acetato de octeotrida para suspensión inyectable)
 Concentración (marque una)
 10 mg 20 mg 30 mg
 Cantidad _____ n.º de días que cubre el suministro _____
 Resurtidos autorizados _____ Inválido después de _____ días
 Diagnóstico principal/ICD-9/10-CM _____
 Diagnóstico secundario/ICD-9/10-CM _____
Administración a domicilio por personal de enfermería:
 Sí, desearía que un enfermero o enfermera a domicilio administrase Sandostatin® LAR Depot (acetato de octeotrida para suspensión inyectable) en el domicilio del paciente u otro lugar.
 Para _____ visitas a partir del _____
Inyección aplicada en:
 El domicilio de residencia del paciente (véase la información del paciente en la página 2)
 Otro lugar (indicar la dirección) _____

■ Receta de ZYKADIA® (ceritinib) en cápsulas

Rx: ZYKADIA® (ceritinib) en cápsulas
 Concentración 150 mg
 Instrucciones de administración: Tomar _____ cápsula(s) _____ vez/veces por día
 Cantidad _____ n.º de días que cubre el suministro _____
 Resurtidos autorizados _____ Inválido después de _____ días
 Diagnóstico principal/ICD-9/10-CM _____
 Diagnóstico secundario/ICD-9/10-CM _____
 Recetas previas de crizotinib
 (Opcional) Inscripción en el programa de prueba gratuita de 14 días de ZYKADIA
 Todos los pacientes son aptos para recibir una vez un suministro de ZYKADIA para una indicación aprobada por la FDA independientemente de la compra de ZYKADIA o cualquier otro producto.
Concentración: 150 mg
 Complete las instrucciones de administración en el lado izquierdo de la receta. Firme más adelante en las secciones de firma de la información de prescripción y firma para la prueba gratuita.
Cantidad: para 14 días

■ Receta de FARYDAK® (panobinostat) en cápsulas

Rx: FARYDAK® (panobinostat) en cápsulas
 Concentración (marque una)
 10 mg 15 mg 20 mg
 Instrucciones de administración: Tomar _____ cápsula(s) _____ vez/veces por día
 Cantidad _____ n.º de días que cubre el suministro _____
 Resurtidos autorizados _____ Inválido después de _____ días
 Diagnóstico principal/ICD-9/10-CM _____
 Diagnóstico secundario/ICD-9/10-CM _____
 Despachar Mantener en la farmacia _____ resurtidos
 (Opcional) Inscripción en el programa de prueba gratuita de 21 días de FARYDAK
 Todos los pacientes son aptos para recibir una vez un suministro de FARYDAK para una indicación aprobada por la FDA (por concentración prescrita) independientemente de la compra de FARYDAK o cualquier otro producto.
Concentración: 10 mg 15 mg 20 mg
 Complete las instrucciones de administración en el lado izquierdo de la receta. Firme más adelante en las secciones de firma de la información de prescripción y firma para la prueba gratuita.
Cantidad: para 21 días

Red de farmacias de ZYKADIA o FARYDAK – solo las farmacias de la red pueden despachar ZYKADIA o FARYDAK.

Envíe este formulario por fax directamente a la farmacia de preferencia

Accredo Specialty Pharmacy* Teléfono: 1-877-732-3431 Fax: 1-888-302-1028	CVS Caremark Specialty Pharmacy* Teléfono: 1-800-237-2767 Fax: 1-800-323-2445
Advanced Care Scripts (ACS) Teléfono: 1-877-985-6337 Fax: 1-866-679-7131	Diplomat Specialty Pharmacy Teléfono: 1-877-977-9118 Fax: 1-800-550-6272
Aveilla Specialty Pharmacy Teléfono: 1-877-546-5779 Fax: 1-877-546-5780	US Bioservices Teléfono: 1-877-757-0667 Fax: 1-888-899-0067
Biologics Inc. Teléfono: 1-800-850-4306 Fax: 1-800-823-4506	Walgreens Specialty Pharmacy* Teléfono: 1-888-782-8443 Fax: 1-866-677-6685

*No puede accederse a los programas de pruebas gratuitas de ZYKADIA y FARYDAK mediante Accredo, Caremark o Walgreens. Comuníquese con un representante de Novartis si tiene alguna pregunta.

FIRMAS DEL MÉDICO TRATANTE

FIRMA DE LA INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN – OBLIGATORIA PARA TODOS LOS PRODUCTOS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA RECETA

He leído y acepto lo que se estipula en la información de prescripción anterior. Certifico que soy el profesional de la salud que ha recetado el fármaco anteriormente nombrado para una indicación aprobada por la FDA al paciente que se indica en este formulario. Autorizo al Novartis Group a transmitir la información de prescripción a terceros para que despachen el fármaco anteriormente nombrado a dicho paciente. **(OBLIGATORIO)**

X _____
 Firma del médico tratante (no usar sellos) **Despachar según está escrito** Fecha

— 0 —

X _____
 Firma del médico tratante (no usar sellos) **Se permiten sustituciones** Fecha

Firma para la prueba gratuita – obligatoria para el procesamiento de la prueba gratuita

Certifico que este tratamiento es para una indicación aprobada por la FDA y necesario desde el punto de vista médico, y que la información es exacta a mi mejor conocimiento y entendimiento. **(OPCIONAL – No es necesaria la firma si el paciente no está presentando una solicitud para el programa de prueba gratuita)**

X _____
 Firma del médico tratante (no usar sellos) Fecha

NOTA: los médicos tratantes de NY deben adjuntar una receta aprobada por el estado al enviar este formulario completado.

Consulte la información de prescripción completa, incluyendo el **RECUADRO DE ADVERTENCIAS**, para ARZERRA® (ofatumumab) en inyección para infusión intravenosa, EXJADE® (deferasirox) en comprimidos para suspensión oral, FARYDAK® (panobinostat) en cápsulas, JADENU® (deferasirox) en comprimidos, Odomzo® (sonidegib) en cápsulas, PROMACTA® (eltrombopag) en comprimidos, TASIGNA® (nilotinib) en cápsulas, TYKERB® (lapatinib) en comprimidos y VOTRIENT® (pazopanib) en comprimidos.

C. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LOS SERVICIOS DE APOYO PARA PACIENTES

Lea lo que sigue detenidamente y luego firme y escriba la fecha donde se indica en la página 2.

Doy permiso a mis proveedores de atención médica (HCP), farmacias, aseguradora(s) de salud y terceros contratistas o prestadores de servicios para revelar mi información personal, incluida información sobre mi cobertura, mis medicamentos recetados, mi estado médico y mi salud (“Información personal”) a Novartis Pharmaceuticals Corporation, así como a sus filiales, socios comerciales, prestadores de servicios, terceros contratistas y agentes (en su conjunto, el “Novartis Group”) para que el Novartis Group pueda prestarme los servicios de apoyo para pacientes disponibles para el medicamento de Novartis Oncology recetado por mi HCP en este formulario de solicitud de servicios para (i) ayudar a verificar o coordinar mi cobertura de seguro u obtener pago por otros medios para mi tratamiento con este medicamento de Novartis Oncology; (ii) coordinar la recepción por mi parte y el pago de este medicamento de Novartis Oncology; (iii) facilitar mi acceso a este medicamento de Novartis Oncology; (iv) proporcionarme información acerca de este medicamento de Novartis Oncology, programas de difusión y gestión de la enfermedad, y materiales instructivos; (v) gestionar los servicios de apoyo para pacientes; (vi) proporcionarme apoyo y recordatorios de cumplimiento con el tratamiento; y (vii) realizar aseguramiento de calidad, encuestas y otras actividades comerciales internas en relación con los servicios de apoyo para pacientes.

Doy permiso al Novartis Group para revelar mi información personal a mis proveedores de atención médica, farmacias, aseguradora(s) de salud, cuidadores y otros terceros contratistas o prestadores de servicios para los fines descritos anteriormente.

Comprendo que mi farmacia, mi aseguradora(s) de salud y proveedores de atención médica podrán recibir una remuneración (pago) de Novartis Pharmaceuticals Corporation por revelar mi información personal a Novartis Pharmaceuticals Corporation y/o por brindarme servicios de apoyo al tratamiento.

Comprendo que una vez que mi información personal se revele, podría dejar de estar protegida por las leyes federales de privacidad. Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización. También podré revocar (retirar) esta autorización en cualquier momento en el futuro llamando al 1-888-NOW-NOVA (1-888-669-6682) o comunicándome por escrito a Customer Interaction Center, Novartis Pharmaceuticals Corporation, One Health Plaza, East Hanover, NJ 07936-1080. Entiendo que si me niego o revoco mi autorización en el futuro, esto no afectará el inicio o continuación de mi tratamiento por parte de mis médicos; no obstante, si revoco esta autorización, ya no seré apto para participar en los Servicios de apoyo para pacientes. Si revoco esta autorización, el Novartis Group dejará de usar o compartir mi información (excepto según fuese necesario para dar por finalizada mi participación en los Servicios) pero mi revocación no afectará las instancias anteriores de uso o revelación de mi información personal que se hayan basado en esta autorización. Comprendo que esta autorización seguirá siendo válida por cinco (5) años a partir de la fecha de mi firma, a menos que yo la revoque antes. Comprendo también que los Servicios de apoyo para pacientes podrían cambiar o suspenderse en cualquier momento sin aviso previo. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario.

Accedo a que el Novartis Group pueda comunicarse conmigo por correo, correo electrónico, llamadas telefónicas o mensajes de texto mediante los números o direcciones proporcionados en el formulario de solicitud de servicios para todos los fines que se describen en esta autorización del paciente. También accedo a que el Novartis Group u otros en su nombre se comuniquen conmigo en los números proporcionados en el formulario de solicitud de servicios, mediante llamadas telefónicas y mensajes de texto para los que se utilicen un sistema de marcado automático o de mensajes de voz previamente grabados, para cualquier fin que no sea de mercadeo, lo que incluye, entre otras posibilidades, enviarme materiales o solicitar mi participación en encuestas. Confirmando que soy el dueño del número o números de teléfono proporcionados y el usuario autorizado de la dirección o direcciones de correo electrónico proporcionadas, y accedo a informar al Novartis Group a la brevedad si cualquiera de mis números o direcciones cambia en el futuro. Comprendo que podrán aplicarse las tarifas de datos y mensajes de mi proveedor de servicio celular.

(continúa en la página 8)

Nombre del paciente _____ Apellido del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente _____
 Nombre del médico tratante/ Médico colaborador (si corresponde) _____ N.º de registro de la DEA _____ N.º de identificación fiscal o n.º de NPI _____

6. INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN (DEBE COMPLETARLO EL MÉDICO TRATANTE)

■ Receta de TAFINLAR® (dabrafenib) en cápsulas

Rx: TAFINLAR® (dabrafenib) en cápsulas
 Concentración (marque una)
 50 mg 75 mg
 Instrucciones de administración: Tomar _____ cápsula(s) _____ vez/veces por día
 Cantidad _____ n.º de días que cubre el suministro _____
 Resurtidos autorizados _____ Inválido después de _____ días
 Diagnóstico principal/ICD-9/10-CM _____
 Diagnóstico secundario/ICD-9/10-CM _____

(Opcional) Inscripción en el programa de prueba gratuita de 30 días de TAFINLAR
 Todos los pacientes son aptos para recibir una vez un suministro de TAFINLAR para una indicación aprobada por la FDA (por concentración prescrita) independientemente de la compra de TAFINLAR o cualquier otro producto.
Seleccionar la concentración:
 50 mg 75 mg
 Complete las instrucciones de administración en el lado izquierdo de la receta. Firme más adelante en las secciones de firma de la información de prescripción y firma para la prueba gratuita.
Cantidad: para 30 días

■ Receta de MEKINIST® (trametinib) en comprimidos

Rx: MEKINIST® (trametinib) en comprimidos
 Concentración (marque una)
 0.5 mg 2 mg
 Instrucciones de administración: Tomar _____ comprimido(s) _____ vez/veces por día
 Cantidad _____ n.º de días que cubre el suministro _____
 Resurtidos autorizados _____ Inválido después de _____ días
 Diagnóstico principal/ICD-9/10-CM _____
 Diagnóstico secundario/ICD-9/10-CM _____

(Opcional) Inscripción en el programa de prueba gratuita de 30 días de MEKINIST
 Todos los pacientes son aptos para recibir una vez un suministro de MEKINIST para una indicación aprobada por la FDA (por concentración prescrita) independientemente de la compra de MEKINIST o cualquier otro producto.
Seleccionar la concentración:
 0.5 mg 2 mg
 Complete las instrucciones de administración en el lado izquierdo de la receta. Firme más adelante en las secciones de firma de la información de prescripción y firma para la prueba gratuita.
Cantidad: para 30 días

■ Receta de ARZERRA® (ofatumumab) en inyección para infusión intravenosa

Rx: ARZERRA® (ofatumumab) en inyección para infusión intravenosa
 Concentración (marque una)
 1000 mg/50 ml 100 mg/5 ml
 Cantidad _____ n.º de días que cubre el suministro _____

Resurtidos autorizados _____ Inválido después de _____ días
 Diagnóstico principal/ICD-9/10-CM _____
 Diagnóstico secundario/ICD-9/10-CM _____

■ Receta de JADENU® (deferasirox) en comprimidos ■ Receta de EXJADE® (deferasirox) en comprimidos para suspensión oral

Información de prescripción
 N.º de días que cubre el suministro: _____ N.º de resurtidos: _____ Peso del paciente (kg): _____
 Dosis diaria total de JADENU (debe ser divisible por 90 mg): _____
 Dosis diaria total de EXJADE (debe ser divisible por 125 mg): _____
 Instrucciones: _____
 Otra información de prescripción: _____

Diagnóstico principal
 Anemia drepanocítica (ICD-9: 282.6)
 Talasemia (ICD-9: 282.49)
 Síndromes mielodisplásicos de bajo riesgo (ICD-9: 238.75)
 Otras anemias (especifique): _____
Información clínica
 ¿Paciente actual o anterior de Desferal/deferóxamina? Sí No
 Antecedentes de transfusiones: <10 unidades 10-20 unidades >20 unidades
 Transfusiones por mes _____ Concentración sérica de ferritina/fecha del análisis _____

■ Otro producto de Novartis Oncology

Otro producto de Novartis Oncology: _____
 Instrucciones de administración: Tomar _____ comprimido(s)/cápsula(s) _____ vez/veces por día
 Cantidad _____ n.º de días que cubre el suministro _____

Resurtidos autorizados _____ Inválido después de _____ días
 Diagnóstico principal/ICD-9/10-CM _____
 Diagnóstico secundario/ICD-9/10-CM _____

! FIRMAS DEL MÉDICO TRATANTE

FIRMA DE LA INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN – OBLIGATORIA PARA TODOS LOS PRODUCTOS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA RECETA

He leído y acepto lo que se estipula en la información de prescripción anterior. Certifico que soy el profesional de la salud que ha recetado el fármaco anteriormente nombrado para una indicación aprobada por la FDA al paciente que se indica en este formulario. Autorizo al Novartis Group a transmitir la información de prescripción a terceros para que despachen el fármaco anteriormente nombrado a dicho paciente. **(OBLIGATORIO)**

X _____
 Firma del médico tratante (no usar sellos) **Despachar según está escrito** Fecha

— 0 —

X _____
 Firma del médico tratante (no usar sellos) **Se permiten sustituciones** Fecha

Firma para la prueba gratuita – obligatoria para el procesamiento de la prueba gratuita

Certifico que este tratamiento es para una indicación aprobada por la FDA y necesario desde el punto de vista médico, y que la información es exacta a mi mejor conocimiento y entendimiento.
(OPCIONAL – No es necesaria la firma si el paciente no está presentando una solicitud para el programa de prueba gratuita)

X _____
 Firma del médico tratante (no usar sellos) Fecha

NOTA: los médicos tratantes de NY deben adjuntar una receta aprobada por el estado al enviar este formulario completado.

Consulte la información de prescripción completa, incluyendo el **RECUADRO DE ADVERTENCIAS**, para ARZERRA® (ofatumumab) en inyección para infusión intravenosa, EXJADE® (deferasirox) en comprimidos para suspensión oral, FARYDAK® (panobinostat) en cápsulas, JADENU® (deferasirox) en comprimidos, Odomzo® (sonidegib) en cápsulas, PROMACTA® (eltrombopag) en comprimidos, TASIGNA® (nilotinib) en cápsulas, TYKERB® (lapatinib) en comprimidos y VOTRIENT® (pazopanib) en comprimidos.

(continúa de la página 6)

Entiendo que Novartis Pharmaceuticals Corporation no permitirá que sus socios comerciales utilicen mi información personal para sus propios fines de mercadeo. Comprendo y acepto que la información personal que se transmita por correo electrónico o teléfono celular no podrá protegerse completamente contra el acceso no autorizado.

D. CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA A PACIENTES (PAP) (OBLIGATORIO EN EL CASO DE PACIENTES QUE SE INSCRIBAN EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA A PACIENTES)

Doy permiso a mi(s) médico(s) y a su personal para que revelen mi información personal, incluida información sobre mi cobertura, mis medicamentos recetados, mi estado médico y mi salud (“Información médica”) a la Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. (la “Fundación”) para que la Fundación pueda determinar si soy apto para participar en el Programa de asistencia a pacientes de Novartis (“PAP”); llevar a cabo las operaciones del PAP y la Fundación; enviarme información sobre el PAP y otros programas que pudieran ayudarme a pagar mis medicamentos; enviar mis datos a otros programas que pudieran ayudarme a pagar mis medicamentos; solicitarme información económica, de cobertura y/o médica; y compartir mi información según lo exijan o permitan las leyes. Doy permiso a la Fundación para utilizar la información contenida en esta solicitud y cualquier otra información que yo le proporcione para esos mismos fines. También doy permiso a la Fundación para compartir mi información médica y otra información con personas y empresas que trabajen con la Fundación; organismos gubernamentales, incluyendos los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid; compañías de seguros, incluyendos los planes de Medicare Parte D; mi(s) médico(s) y otras personas o instituciones que participen en mi atención médica, tales como farmacias y hospitales; y otras organizaciones que pudieran ayudarme a pagar mis medicamentos. Prometo que cualquier información que proporcione a la Fundación, incluida información económica y sobre mi cobertura, será completa y verdadera y, a menos que haya indicado lo contrario en esta solicitud, declaro que no tengo cobertura de seguro para medicamentos, lo que incluye Medicaid, Medicare y cualquier programa de asistencia público o privado, o cualquier otro tipo de seguro. Si hay algún cambio en mis ingresos o cobertura médica, llamaré al PAP al 1-800-277-2254. Sé que la Fundación puede cambiar o suspender el PAP en cualquier momento. Sé que si no firmo este formulario, no podré participar en el PAP, pero no se verán afectadas mi capacidad de recibir atención médica u obtener pago para dicha atención, mi inscripción en coberturas de seguro, ni mi aptitud para recibir cobertura de seguro. Sé que podré anular este permiso en cualquier momento llamando al PAP al 1-800-277-2254. Si lo hago, sé que no podré seguir participando en el PAP. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario.

Consulte la información de prescripción completa, incluyendo el **RECUADRO DE ADVERTENCIAS**, para ARZERRA® (ofatumumab) en inyección para infusión intravenosa, EXJADE® (deferasirox) en comprimidos para suspensión oral, FARYDAK® (panobinostat) en cápsulas, JADENU® (deferasirox) en comprimidos, Odomzo® (sonidegib) en cápsulas, PROMACTA® (eltrombopag) en comprimidos, TASIGNA® (nilotinib) en cápsulas, TYKERB® (lapatinib) en comprimidos y VOTRIENT® (pazopanib) en comprimidos.

Página 8 de 8

