

Solicitud de inscripción para Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. (fundación de ayuda al paciente)

Información

P.O. Box 52029, Phoenix, AZ 85072-2029 | Teléfono: 1-800-277-2254 | Fax: 1-855-817-2711

Estimados paciente y profesional de la salud:

Gracias por su interés en Novartis Patient Assistance Foundation, Inc.

Para reunir los requisitos, los pacientes deben:

- Ser residentes de EE. UU.
- Cumplir con los requisitos de ingresos
- Tener poca o ninguna cobertura de medicamentos recetados

Los siguientes productos están disponibles:

AFINITOR® (everolimus) comprimidos

AFINITOR DISPERZ™ (everolimus en comprimidos para suspensión oral)

ARRANON® (nelarabine)

ARZERRA® (ofatumumab)

AZOPT® (brinzolamide en suspensión)

CIPRODEX** (ciprofloxacina y dexametasona)

COARTEM® (artemeter y lumefantrina)

COSENTYX® (secukinumab)

DUREZOL® (difluprednato en emulsión)

ENTRESTO® (sacubitril/valsartán)

EXJADE® (deferasirox)

EXTAVIA® (Interferón beta-1b)

FARYDAK® (panobinostat) cápsulas

FOCALIN® XR (dexametilfenidato hidrocloreto)

GILENYA® (fingolimod)

GLATOPA® (glatiramer acetato inyectable)

GLEEVEC® (imatinib mesilato) comprimidos

HYCANTIN® (topotecan hidrocloreto) inyectable

HYCANTIN® (topotecan) cápsulas

ILARIS® (canakinumab)

ILEVRO® (nepafenac en suspensión)

JADENU® (deferasirox) comprimidos

KISQALI® (ribociclib) comprimidos

LEVOLEUCOVORIN inyectable

MEKINIST® (trametinib) comprimidos

MYFORTIC® (micofenólico ácido)

NEORAL® (ciclosporina)

OMNITROPE® (somatotropina [origen ADNr] inyectable)

PATADAY® (olopatadina hidrocloreto en solución)

PAZEO® (olopatadina hidrocloreto en solución)

PROMACTA® (eltrombopag) comprimidos

RECLAST® (zoledrónico ácido)

SANDIMMUNE® (ciclosporina)

SANDOSTATIN® LAR DEPOT (octreotida acetato para suspensión inyectable)

SIGNIFOR® (pasireotida) inyectable

SIGNIFOR® LAR (pasireotida) para suspensión inyectable

SIMBRINZA® (brinzolamida/brimonidina tartrato en suspensión)

TAFINLAR® (dabrafenib) cápsulas

TASIGNA® (nilotinib) cápsulas

TEGRETOL® (carbamazepina USP)

TEGRETOL®-XR (carbamazepina en comprimidos de liberación prolongada)

TOBI® (tobramicina en solución inhalable USP)

TOBI® Podhaler® (tobramicina en polvo inhalable)

TRAVATAN Z® (travoprost en solución)

TRILEPTAL® (oxcarbazepina)

TYKERB® (lapatinib) comprimidos

VIGAMOX® (moxifloxacina hidrocloreto en solución)

VOTRIENT® (pazopanib) comprimidos

ZOMETA® (zoledrónico ácido) inyectable

ZORTRESS® (everolimus)

ZYKADIA® (ceritinib) cápsulas

*Podría haber otros productos. En el sitio web de NPAF: www.pap.novartis.com encontrará una lista completa de los productos.

Sección A del paciente

P.O. Box 52029, Phoenix, AZ 85072-2029 | Teléfono: 1-800-277-2254 | Fax: 1-855-817-2711

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Teléfono: _____

Teléfono móvil: _____

Residente de Estados Unidos: S N Sexo: M F

Veterano: S N

Discapacitado: S N (Situación a criterio del Seguro Social)

N.º de Seguro Social (REQUERIDO): _____ o

N.º de ID del permiso de residencia (Green Card) _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Medicamento(s) 1: _____

Medicamento(s) 2: _____

Cuidador/Pariente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: ____ Teléfono: _____

Información financiera: Adjunte una copia de la declaración de impuestos más reciente de su familia, 3 meses de comprobantes de pago de sueldo O saldos de banco O cheques de desempleo.

No envíe documentos originales con el formulario.

Cantidad total de personas en el hogar (indique el total de personas que viven con usted, usted incluido)

1 2 3 4 5 6 o más

Cant. de niños: _____ Cant. de adultos: _____

Enumere todas las fuentes de ingresos brutos mensuales:

Salario/paga (todas las fuentes): \$ _____

Pensión/retiro: + \$ _____

Seguro Social: + \$ _____

Beneficios por discapacidad: + \$ _____

Beneficios por desempleo: + \$ _____

Pensión alimenticia/
manutención infantil: + \$ _____

Total de ingresos brutos
mensuales de la familia = \$ _____

SEGURO DEL PACIENTE: Sírvase incluir una copia de su tarjeta de medicamentos recetados y de su tarjeta de seguro por el frente y el reverso (OBLIGATORIO)

	Cobertura	N.º de identificación	Número de teléfono	Fecha de entrada en vigor
Parte B de Medicare	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		() ____ - ____	
Parte D de Medicare	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		() ____ - ____	
Medicaid	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		() ____ - ____	
Asistencia estatal a ancianos para medicamentos	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		() ____ - ____	
Seguro de salud estatal para niños	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		() ____ - ____	
Asistencia para veteranos	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		() ____ - ____	
Cobertura médica/medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		() ____ - ____	
Otra: En caso AFIRMATIVO, indique la razón de la solicitud, es decir, falta de cobertura del medicamento	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		() ____ - ____	
¿Pagó Medicare su trasplante?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		____ / ____ / ____ FECHA DEL TRASPLANTE	

NOVARTIS PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC (NPAF) Consentimiento del paciente

SE REQUIERE LA FIRMA DE LOS PACIENTES QUE SOLICITAN EL INGRESO EN el Programa de ayuda al paciente (PAP) - OBLIGATORIO PARA SU PROCESAMIENTO. **Leí y estoy de acuerdo con el contenido del Programa de ayuda al paciente (PAP): Sección B, página 4 de este documento.**

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA (REQUERIDA)

Sección A del profesional de la salud

P.O. Box 52029, Phoenix, AZ 85072-2029 | Teléfono: 1-800-277-2254 | Fax: 1-855-817-2711

INFORMACIÓN SOBRE EL PROFESIONAL DE LA SALUD: Para que la rellene el profesional de la salud.

Nombre completo del profesional de la salud: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

N.º de licencia de la DEA/estatal: _____ N.º de NPI: _____

Coordinador/enfermero asesor del paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

RECETA DEL PACIENTE

ICD-10 (REQUERIDO): _____

Nombre completo del paciente: _____ Fecha nacim.: ____ / ____ / ____

Medicamento n.º 1: _____ Potencia: _____ Cant./Provisión de días: _____

Oral Pluma Jeringa Cartucho OS OD OU

Instrucciones: _____ Resurtir: 1 AÑO o: _____

Medicamento n.º 2: _____ Potencia: _____ Cant./Provisión de días: _____

Oral Pluma Jeringa Cartucho OS OD OU

Instrucciones: _____ Resurtir: 1 AÑO o: _____

Enumere las alergias del paciente: No se conoce ninguna O _____

Enumere o adjunte los otros medicamentos actuales recetados: _____

FIRMA REQUERIDA (PREPARAR TAL COMO SE PRESCRIBE):

FECHA (REQUERIDA)

***Nota: Si lo exige su estado (es decir, NY y DE), envíe por fax una receta original en blanco.**

**NOVARTIS PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC (NPAF) Autorización del profesional de la salud
SE REQUIERE LA FIRMA para la AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO – OBLIGATORIA PARA EL PROCESAMIENTO
Leí y estoy de acuerdo con la Sección B de autorización del médico, página 4 de este documento.**

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD EN LETRA DE IMPRENTA

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

FECHA (REQUERIDA)



Sección B de consentimiento del paciente

Lea, firme y feche a continuación. El procesamiento podría demorar si faltan la firma o la fecha.

Autorizo a mi(s) médico(s) y a su personal a revelar mi información personal, incluida información sobre mi seguro, medicamento recetado, afección médica y salud (“Información de salud”) a Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. (la “Fundación”) para que la Fundación pueda decidir si cumpla con los requisitos para participar en el Programa de Ayuda al Paciente de Novartis (Patient Assistance Program o “PAP”); llevar a cabo las actividades del PAP y la Fundación; enviarme información sobre el PAP y otros programas que puedan ayudarme a pagar mis medicamentos; enviar mi información a otros programas que puedan ayudarme a pagar mis medicamentos; pedirme información financiera, del seguro y/o médica y compartir mi información según lo exija o lo permita la ley. Autorizo a la Fundación a usar la información que se encuentra en este formulario y cualquier otra información que yo le dé a la Fundación por estas mismas razones. También autorizo a la Fundación a compartir mi Información de Salud y otra información con personas y compañías que trabajen con la Fundación; agencias del gobierno, incluidos los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid; compañías de seguro, incluidos los planes de la Parte D de Medicare; mi(s) médico(s) y otras personas o instituciones que participen en el cuidado de mi salud, como farmacias y hospitales; otras organizaciones que puedan ayudarme a pagar mis medicamentos. Declaro que toda la información, incluida la información financiera y del seguro que le he proporcionado a la Fundación, es completa y cierta y, a menos que yo haya dicho otra cosa en este formulario, no tengo cobertura de seguro para medicamentos, lo cual incluye a Medicaid, Medicare u otros programas de seguro públicos o privados, ni ninguna otra forma de seguro. Si cambiaran mis ingresos o mi cobertura de salud, llamaré al PAP al 1-800-277-2254. Sé que la Fundación puede cambiar o poner fin al PAP en cualquier momento. Sé que si no firmo este formulario no podré participar en el PAP, pero esto no afectará mi capacidad para recibir atención médica o buscar el pago de dicha atención médica, ni afectará mi inscripción o elegibilidad para un seguro. Sé que puedo cancelar este permiso en cualquier momento llamando al PAP al 1-800-277-2254. Si lo hago, entonces no podré permanecer en el PAP. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario.

Sección B de autorización del profesional de la salud

Lea y firme y feche la autorización del profesional de la salud. El procesamiento podría demorar si faltan la firma o la fecha.

Mi firma a continuación certifica que la persona mencionada más arriba es mi paciente y que le he recetado el fármaco identificado más arriba. Para que se pueda transmitir esta receta, autorizo a Novartis Pharmaceuticals Corporation y a sus filiales, socios comerciales y agentes a enviar, representándome como mi agente para estos fines limitados, esta receta por medios electrónicos, por facsímil o por correo a una farmacia dispensadora elegida por el paciente cuyo nombre aparece más arriba. Declaro que cualquier medicamento recibido de parte de Novartis (según se define más arriba) en relación con esta solicitud será utilizado únicamente por el paciente mencionado en este formulario. Estos medicamentos no se ofrecerán para la venta, intercambio o trueque. Además, no se enviará ninguna reclamación de reembolso por estos medicamentos a Medicare, Medicaid o a terceros, ni se devolverá ningún medicamento para recibir un crédito. Reconozco que he ayudado al paciente a inscribirse en el PAP de Novartis únicamente con fines relacionados con el cuidado del paciente y no por una contraprestación, por la expectativa de recibir alguna remuneración o por efectivamente haberla recibido. También estoy de acuerdo en que Novartis tiene derecho a comunicarse con el paciente directamente para confirmar que este ha recibido los medicamentos y comprendo que Novartis puede enmendar, cambiar o poner fin a este programa en cualquier momento.

Sección de lista de verificación del paciente

Para evitar demoras en el procesamiento, le rogamos revisar su solicitud y comprobar que esté exacta y completa.

- Conteste todas las preguntas y firme y ponga la fecha en la Sección A del paciente.
- Adjunte copias de toda la documentación necesaria sobre ingreso y seguro.
- Hable con su profesional de la salud acerca de la inscripción en el PAP y del envío de su solicitud.

Si ha marcado todas las casillas anteriores, ¡está listo para enviar el formulario!



Envíe por correo o por fax la "Sección A del paciente" del formulario junto con la documentación correspondiente:

Fax: 1-855-817-2711

Novartis Patient Assistance Foundation, Inc., P.O. Box 52029, Phoenix, AZ 85072-2029

Si tiene alguna pregunta, sírvase llamar a un representante de Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. al **1-800-277-2254**, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del este.

Sección de lista de verificación del profesional de la salud

Para evitar demoras en el procesamiento, le rogamos revisar su solicitud y comprobar que esté exacta y completa.

- Rellene la Sección A del profesional de la salud.
- Firme y fecha la Sección de medicamento recetado, página 3.
- Firme y feche la Sección B de autorización del profesional de la salud, página 4.

Si ha marcado todas las casillas anteriores, ¡está listo para enviar el formulario!

Si la tiene, incluya la documentación de cualquier denegación de autorización previa.



Envíe por fax la "Sección A del profesional de la salud" del formulario junto con la documentación correspondiente a:

Fax: 1-855-817-2711

Si tiene alguna pregunta, sírvase llamar a un representante de Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. al **1-800-277-2254**, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del este.