

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

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 de inscripción de Novartis Patient Assistance Foundation, Inc., los pacientes deben:

- Ser residentes de EE. UU.
- Cumplir con los requisitos de ingresos y
- No tener cobertura de medicamentos recetados privada ni pública

Los siguientes productos están disponibles:

AFINITOR® (everolimus) comprimidos para administración oral  
 AFINITOR DISPERZ™ (everolimus) comprimidos para suspensión oral  
 ARRANON® (nelarabine)  
 ARCAPTA™ NEOHALER™ (indacaterol) en polvo inhalable)  
 ARZERRA® (ofatumumab)  
 COARTEM® (artemether y lumefantrine)  
 COSENTYX™ (secukinumab)  
 ENTRESTO™ (sacubitril/valsartan)  
 EXJADE® (deferasirox)  
 EXTAVIA® (Interferon beta-1b)  
 FARYDAK® (panobinostat) cápsulas  
 FOCALIN® XR (dexamethylphenidate hydrochloride)  
 GILENYA™ (fingolimod)  
 GLATOPA™ (glatiramer acetate inyectable)  
 GLEEVEC® (imatinib mesylate)  
 HECORIA™ (tacrolimus)  
 HYCAMTIN® (topotecan hydrochloride) inyectable  
 HYCAMTIN® (topotecan) cápsulas  
 ILARIS® (canakinumab)  
 JADENU™ (deferasirox) tabletas  
 LAMISIL® gránulos de administración oral (terbinafine hydrochloride)

LEVOLEUCOVORIN inyectable  
 MEKINIST® (trametinib)  
 MYFORTIC® (mycophenolic acid)  
 NEORAL® (cyclosporine)  
 OMNITROPE® (somatropin [origen ADNr] inyectable)  
 PROMACTA® (eltrombopag)  
 RECLAST® (zoledronic acid)  
 SANDIMMUNE® (cyclosporine)  
 SANDOSTATIN LAR® Depot (octreotide acetate)  
 SIGNIFOR® (pasireotide)  
 SIGNIFOR® LAR (pasireotide) inyectable  
 TAFINLAR® (dabrafenib)  
 TASIGNA® (nilotinib)  
 TEGRETOL® (carbamazepine USP)  
 TEGRETOL®-XR (carbamazepine en comprimidos de liberación prolongada)  
 TEKTURNA® (aliskiren)  
 TEKTURNA HCT® (aliskiren e hydrochlorothiazide)  
 TOBI® (tobramycin en solución inhalable USP)  
 TOBI® Podhaler™ (tobramycin en polvo inhalable)  
 TRILEPTAL® (oxcarbazepine)  
 TYKERB® (lapatinib)  
 TYZEKA® (telbivudine)  
 VOTRIENT® (pazopanib)  
 ZOMETA® (zoledronic acid)  
 ZORTRESS® (everolimus)  
 ZYKADIA™ (ceritinib)

**Qué debe hacer:**

- Paso 1 – Rellene y firme la sección sobre el paciente (página 2)
- Paso 2 – Adjunte copias de la documentación financiera necesaria
- Paso 3 – Su médico debe rellenar y firmar la sección sobre el medicamento recetado (página 3)
- Paso 4 – Envíe el formulario con la documentación por fax o por correo postal

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

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

<p><b>Nombre del paciente:</b> _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____</p> <p>Código postal: _____ Teléfono: _____</p> <p>Teléfono celular: _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p> <p><b>Residente de EE. UU.:</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p><b>Veterano:</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <b>Discapacitado:</b> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N (Situación a criterio del Seguro Social)</p> <p>N.º de Seguro Social/identificación: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ Producto: _____</p> <p><b>Nombre del defensor del paciente:</b> _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____</p> <p>Código postal: _____ Teléfono: _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p>	<p><b>INFORMACIÓN FINANCIERA:</b> Adjunte una copia de la declaración de impuestos más reciente de su familia (1040, 1040EZ, 1099, etc.)</p> <p><b>No envíe documentos originales con su solicitud.</b></p> <p>Cantidad total de personas en el hogar (indique el total de personas que viven con usted, usted incluido)</p> <p><input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> 4   <input type="checkbox"/> 5   <input type="checkbox"/> 6 o más</p> <p>Cant. de niños: _____ Cant. de adultos: _____</p> <p><b>Enumere todas las fuentes de ingresos brutos mensuales:</b></p> <p>Salario/paga (todas las fuentes): \$ _____</p> <p>Pensión/retiro: + \$ _____</p> <p>Seguro Social: + \$ _____</p> <p>Beneficios por discapacidad: + \$ _____</p> <p>Beneficios por desempleo: + \$ _____</p> <p>Pensión alimenticia/manutención infantil: + \$ _____</p> <p>Total de ingresos brutos mensuales de la familia = \$ _____</p>
---	---

**INFORMACIÓN SOBRE EL 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**

	Cobertura médica	N.º de identificación	Número de teléfono	Fecha de entrada en vigor
Parte A de Medicare	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		(____) _____ - _____	
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		(____) _____ - _____	
Seguro privado	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		(____) _____ - _____	
Otro	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		(____) _____ - _____	

**Lea y firme la autorización del paciente**

Yo 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 cumplo 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 esta solicitud 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 esta solicitud, 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.

Firma del paciente o del tutor legal: _____	Fecha: _____
---	--------------

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

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.

<p><b>Nombre completo del profesional de la salud:</b></p> <p>_____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Fax: _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p> <p>N.º de licencia de la DEA/estatal: _____</p> <p>N.º de NPI: _____</p> <p><b>Nombre del defensor:</b> _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Fax: _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p>	<p><b>Nombre completo del paciente:</b></p> <p>_____</p> <p>Fecha de nacimiento del paciente: _____</p> <p>Enumere las alergias del paciente: <input type="checkbox"/> No se conoce ninguna</p> <p>_____</p> <p>Enumere cualquier otro medicamento que esté tomando el paciente: <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p>_____</p> <p>Producto: _____</p> <p>Potencia: _____ Cantidad: _____</p> <p>Instrucciones: _____</p> <p>Resurtir: Un año o: _____ Fecha del trasplante: _____ (si corresponde)</p> <p><b>Firma del médico:</b></p> <p><input type="checkbox"/> _____ Se permiten sustituciones      Fecha</p> <p><input type="checkbox"/> _____ Preparar tal como se prescribe</p> <p><b>*Nota: Si lo exige su estado (por ejemplo, NY y DE), envíe por fax una receta original en blanco.</b></p>
---	--

**Lea y firme la autorización del profesional de la salud**

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 éste ha recibido los medicamentos y comprendo que Novartis puede enmendar, cambiar o poner fin a este programa en cualquier momento. Por último, a mi leal saber y entender, el paciente mencionado más arriba cumple con los criterios de elegibilidad de Novartis para participar en el PAP.

Firma del médico que receta el medicamento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

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

***Usted:***

- ¿Rellenó la sección sobre el paciente?
- ¿Firmó al final de la sección sobre el paciente?
- ¿Incluyó una copia de su información financiera?
- ¿Le pidió al médico que rellenara la sección sobre el medicamento recetado?
- ¿Le pidió al médico que firmara la receta y el formulario?



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

Siga los siguientes pasos para completar el proceso de solicitud:

**1. Envíe por correo postal las páginas 2 y 3 de la solicitud y la documentación financiera a:**

NOVARTIS PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC.  
P.O. Box 52029,  
Phoenix, AZ 85072-2029

**0****2. Envíe por fax las páginas 2 y 3 de la solicitud con una carátula de fax del profesional de la salud y la documentación financiera a:**

**Fax: 1-855-817-2711**

- Si la solicitud se envía por fax, debe enviarse desde el consultorio del profesional de la salud.

Revisaremos y procesaremos su solicitud una vez que recibamos la solicitud rellena acompañada de la documentación financiera que la apoye. Pronto recibirá una carta en relación con la situación de su solicitud.

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.