

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTOS

1 Información del paciente

Nombre	Apellido
/ /	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Código postal
Correo electrónico	
Teléfono particular	Teléfono celular

2 Autorización del paciente y consentimientos adicionales

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

→ X

Firma del paciente/tutor legal

Fecha de firma (MM/DD/AAAA)

Programa de tarjeta de acceso de \$0 de KESIMPTA

He leído y acepto los Términos y condiciones relativos al Programa de la tarjeta de acceso de \$0 que figuran en la página 2.

Determinación de elegibilidad financiera

Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. (NPAF) proporciona KESIMPTA sin costo a pacientes sin seguro y pacientes con seguro insuficiente elegibles. Se requiere un comprobante de ingresos. Si desea solicitar KESIMPTA sin costo, al marcar la casilla a continuación, la NPAF verificará sus ingresos.

He leído y acepto la Autorización de la Ley de Informes de Créditos Justos (FCRA) que figura en la página 2.

Obtenga acceso a la asistencia continua

Me gustaría inscribirme para obtener acceso a la asistencia continua. Recibiré recursos, recordatorios y consejos sobre KESIMPTA de los servicios de Novartis Patient Support, que se enviarán a los números de teléfono móvil que proporcioné anteriormente.

Al marcar esta casilla, acepto recibir llamadas y mensajes de texto con fines comerciales recurrentes de Novartis Pharmaceuticals Corporation y en su nombre. Estas llamadas y mensajes de texto pueden ser automáticos o grabados con anticipación. El número de llamadas y la frecuencia de los mensajes varía. Mi consentimiento no es una condición para recibir ningún producto o servicio de Novartis. Puedo elegir no participar en el programa en cualquier momento llamando al 855-537-4678. También puedo enviar un mensaje de texto con la palabra "STOP" a cualquier mensaje sobre la asistencia continua de Novartis Patient Support, para dejar de recibir mensajes de texto, o con la palabra "HELP" para obtener más información sobre este servicio. Pueden aplicarse tarifas por el uso de mensajes y datos.



Complete todo el formulario y envíelo por fax a Alongside KESIMPTA al **1-833-642-0460**

Estamos para ayudarle



¿Tiene preguntas? Llámenos.

➤ **1-855-KESIMPTA (1-855-537-4678)**

De lunes a viernes, de 8:30 A.M. a 8:00 P.M., hora del este



Visite www.KESIMPTA.com para obtener más información

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 de 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 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 de 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, mi información 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 1-855-537-4678 o escribo a:

PO Box 2971
850 Twin Rivers Dr
Columbus, OH, 43216-9532

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, es posible que ya no cumpla con los requisitos para acceder a los Servicios de Novartis o de la NPAF, pero esto no afectará el tratamiento de mis Proveedores ni mis beneficios de seguro. También comprendo que, si un Proveedor divulga mi Información personal a Novartis o a la 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.

Acepto por mi parte y certifico (si corresponde) que mi proveedor de cuidados acepta recibir llamadas o mensajes de texto sin fines comerciales de parte de Novartis o la NPAF, incluso a través del discado automático o un mensaje de voz pregrabado, a los números provistos.

Términos y condiciones de la tarjeta de acceso de \$0

Programa de copago: Se aplican limitaciones. Válido únicamente para personas con seguro privado. El Programa incluye la tarjeta de acceso de \$0 y el reembolso, con un límite anual combinado de \$18,000. El paciente será responsable de cualquier costo posterior, una vez que alcance el límite en un año calendario. El Programa no es válido: (i) en virtud de Medicare, Medicaid, TRICARE, el Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA), el Departamento de Defensa (DoD) o cualquier otro programa de atención médica federal o estatal; (ii) si el paciente no dispone de ninguna cobertura de seguro; (iii) si el plan de seguro del paciente reembolsa el costo total del medicamento; o (iv) si el producto no está cubierto por el seguro del paciente. El valor de este Programa es exclusivamente para el beneficio de los pacientes y está destinado a cubrir las obligaciones y los máximos a cargo del bolsillo del paciente, lo que incluye copagos, coseguros y deducibles correspondientes. El Programa no es válido donde lo prohíba la ley. El paciente no puede tratar de obtener un reembolso por el valor recibido a través de este Programa de otras partes, lo que incluye cualquier programa o plan de seguro médico, una cuenta de gastos flexibles o una cuenta de ahorros para la atención médica. El paciente es responsable de cumplir con cualquier limitación y requisito vigentes de su plan médico en relación con el uso del programa. Válido únicamente en los Estados Unidos y Puerto Rico. Este Programa no es un seguro médico. El Programa no puede combinarse con ningún reembolso, cupón u oferta de terceros. Se puede exigir un comprobante de compra. Novartis se reserva el derecho a rescindir, revocar o modificar el Programa e interrumpir la asistencia en cualquier momento y sin aviso previo.

Programa Bridge: Para calificar, se necesita un seguro comercial, una receta para KESIMPTA válida y una denegación de cobertura del seguro basada en una solicitud de autorización previa. Los pacientes elegibles pueden recibir una dosis de mantenimiento mensual por un máximo de 12 meses o hasta que reciban la aprobación de la cobertura del seguro, lo que ocurra primero. El Programa no está disponible para pacientes que reciban el reembolso total o parcial de sus medicamentos de Medicare, Medicaid, TRICARE, el Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA), el Departamento de Defensa (DoD) o cualquier otro programa federal o estatal, o cuando esté prohibido por la ley. No se requiere la compra. El Programa no es un seguro médico ni la participación representa una garantía de cobertura del seguro. Se pueden aplicar otras limitaciones. Novartis se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar este Programa sin aviso previo.

Autorización de la Ley de Informes de Créditos Justos (FCRA)

Comprendo que estoy proporcionando "instrucciones escritas" que, en virtud de la FCRA, autorizan a la NPAF y a su proveedor a obtener información de mi perfil crediticio u otra información del proveedor, únicamente con el fin de determinar las calificaciones financieras para los programas administrados por la NPAF. Comprendo que debo aceptar afirmativamente estos términos para poder continuar con este proceso de evaluación financiera.

* Alongside KESIMPTA puede llamarlo y enviarle mensajes de texto a los números indicados con fines no comerciales (por ejemplo, para ayudarlo a acceder a KESIMPTA o a iniciar el tratamiento con este medicamento). 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 1-855-537-4678.

KESIMPTA y el logotipo de KESIMPTA son marcas registradas de Novartis AG.

ALONGSIDE y el logotipo de ALONGSIDE son marcas comerciales de Novartis AG.



Novartis Pharmaceuticals Corporation
East Hanover, New Jersey 07936-1080

© 2025 Novartis

8/25

FA-11491633

