

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTOS DEL PACIENTE

1 Información del paciente

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

2 Autorización del paciente y consentimientos adicionales

He leído la Autorización del paciente de la página 2 y estoy de acuerdo con ella.

→ X

Firma del paciente/tutor legal

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)

Programa de tarjeta de acceso de \$0 KESIMPTA

He leído y acepto los Términos y condiciones del programa de tarjeta de acceso de \$0 en la página 2.

Determinación de elegibilidad financiera

Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. (NPAF) ofrece KESIMPTA de forma gratuita a pacientes elegibles sin seguro y con seguro insuficiente. Se requiere un comprobante de ingresos. Si elige solicitar KESIMPTA gratuito, marcar la siguiente casilla hará que NPAF verifique sus ingresos.

He leído la Autorización en virtud de la Ley de Informes de Crédito Justos (FCRA) de la página 2 y la acepto.

Apoyo continuo de Alongside™ KESIMPTA®

Nos pondremos en contacto con usted mediante llamadas y mensajes de texto para ayudarlo cuando comience a usar KESIMPTA.* También puede recibir apoyo personalizado continuo con un coordinador dedicado de Alongside KESIMPTA si marca la casilla a continuación.

Quiero recibir recordatorios, consejos y otras comunicaciones recurrentes a través de llamadas y mensajes de texto al número de teléfono proporcionado. Entiendo que las llamadas o los mensajes de texto podrían hacerse mediante marcación automática o estar pregrabados y que no constituyen una condición de compra.



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

Puede contar con nosotros.



¿Tiene preguntas? Llámenos.

➤ 1-855-KESIMPTA (1-855-537-4678)

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



Visite www.KESIMPTA.com para obtener más información.

Autorización del paciente. Autorizo a mis proveedores de atención médica, farmacias y compañías de seguro médico y a sus proveedores de servicios (los “Proveedores”) a divulgar información relativa a mis beneficios de seguro, mi afección médica, detalles de tratamientos y recetas (“Información personal”) a Novartis Pharmaceuticals Corporation, sus filiales y proveedores de servicios (“Novartis”) y a Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. y sus proveedores de servicios (“NPAF”) para que puedan prestar los siguientes servicios de apoyo (los “Servicios”):

- Ayudar a coordinar la cobertura del seguro, el acceso y la recepción del medicamento.
- Comunicarse conmigo acerca de la posible asistencia económica, incluidos los programas de copago de Novartis o NPAF y, si estoy inscrito, administrar mi participación en dichos programas.
- Comunicarse conmigo acerca de mi medicamento y tratamiento, incluidos recordatorios, consejos sobre mi salud y estilo de vida, y el producto, así como otra información relacionada. Las comunicaciones se podrán personalizar en función de la Información personal obtenida de mis proveedores.
- Llevar a cabo actividades de garantía de calidad y otras actividades comerciales internas y solicitar comentarios relacionados con los Servicios o con mi tratamiento.

Al prestar los Servicios, Novartis y NPAF podrán compartir mi Información personal entre sí, con mis Proveedores o con agencias gubernamentales u otros programas de asistencia económica que puedan ayudarme a pagar mi medicamento. Podrán combinar la información que yo les proporcione con información recopilada de otras fuentes y utilizar esa información para administrar los Servicios. Mis farmacias u otros proveedores de atención médica podrán recibir pagos de Novartis o NPAF por prestar determinados servicios, como recordatorios referidos al medicamento o a las recargas, en función de mi inscripción o participación. Una vez que autorice la divulgación de mi Información personal, es posible que esta deje de estar protegida por las leyes federales y estatales de privacidad de salud correspondientes.

Entiendo que no tengo la obligación de firmar esta Autorización para recibir mi medicamento o cobertura de seguro, que tengo derecho a recibir una copia y que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al 1-855-537-4678 o escribiendo a:

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

0

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

Esta autorización caducará 5 años después de que la firme o antes, si así lo exige la ley estatal, a menos que yo la cancele antes. Si la cancelo, es posible que deje de reunir los requisitos para recibir los Servicios de Novartis o NPAF, pero esto no afectará el tratamiento de mi Proveedor ni mis beneficios de seguro. También entiendo que si un Proveedor revela mi Información personal a Novartis o a NPAF de manera continua y autorizada, mi cancelación entrará en vigencia con respecto a dicho Proveedor tan pronto como este reciba el aviso de mi cancelación. La cancelación no afectará usos o divulgaciones anteriores.

Acepto por mí mismo y declaro (si corresponde) que mi cuidador acepta recibir llamadas y mensajes de texto no relativos a ventas de parte de Novartis o NPAF, incluidos los que se envían a través de marcado automático o voz pregrabada, a los números proporcionados.

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

Programa de copago: se aplican limitaciones. Válido solo para quienes tienen seguro privado. El programa incluye la tarjeta de acceso de \$0 y descuentos, con un límite combinado anual de \$18,000. El paciente es responsable de cualquier costo una vez que se alcanza el límite en un año calendario. El Programa no es válido (i) con Medicare, Medicaid, TRICARE, VA, DoD o cualquier otro programa de atención médica federal o estatal; (ii) cuando el paciente no usa en absoluto la cobertura del seguro; (iii) cuando el plan de seguro del paciente reembolsa el costo total del medicamento; o (iv) cuando el seguro del paciente no cubre el medicamento. El valor de este Programa es exclusivamente para beneficio de los pacientes y tiene como objeto acreditarse para el pago de máximos y obligaciones de bolsillo del paciente, incluidos los copagos, el coseguro y los deducibles que correspondan. El programa no es válido donde la ley lo prohíbe. El paciente no debe solicitar el reembolso del valor recibido mediante este Programa a otras partes, lo que incluye cualquier programa o plan de seguro médico, cuenta de gastos flexibles o cuenta de ahorros para atención médica. El paciente es responsable de cumplir con todas las limitaciones y los requisitos correspondientes de su plan médico en relación con el uso del Programa. Válido solo en Estados Unidos y Puerto Rico. Este programa no es un seguro médico. El programa no puede combinarse con ningún otro descuento, cupón ni oferta de terceros. Es posible que se solicite comprobante de compra. Novartis se reserva el derecho de rescindir, revocar o enmendar el Programa e interrumpir el apoyo en cualquier momento sin previo aviso.

Programa Bridge: deben contar con un seguro comercial, una receta válida de KESIMPTA y una denegación de cobertura del seguro basada en una solicitud de autorización previa a fin de reunir los requisitos. Los pacientes elegibles podrán recibir una dosis de mantenimiento mensual durante un máximo de 12 meses o hasta la aprobación de la cobertura del seguro, lo que ocurra primero. No disponible para pacientes cuyos medicamentos sean reembolsados en forma total o parcial por Medicare, Medicaid, TRICARE, VA, DoD u otro programa federal o estatal, o en los casos en que esté prohibido por ley. Sin obligación de compra. El programa no es un seguro médico; la participación no es una garantía de cobertura del seguro. Se pueden aplicar otras limitaciones. Novartis se reserva el derecho de rescindir, revocar o enmendar este Programa sin necesidad de previo aviso.

Autorización de Ley de Reporte Justo de Crédito (Fair Credit Reporting Act, FCRA)

Comprendo que estoy proporcionando “instrucciones por escrito” en las que autorizo a NPAF y a su proveedor, en virtud de la FCRA, a obtener información de mi perfil crediticio u otra información del proveedor, únicamente a los fines de determinar el cumplimiento de requisitos financieros para los programas administrados por NPAF. Comprendo que debo aceptar explícitamente estos términos y condiciones para continuar con el proceso de selección financiera.

*Alongside KESIMPTA puede llamarlo y enviarle mensajes de texto a los números que se proporcionan con fines no comerciales (p. ej., para ayudarlo a acceder a KESIMPTA y empezar a usarlo). Las llamadas pueden ser de marcado automático o pregrabadas. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Puede cambiar sus preferencias de comunicación en cualquier momento llamando al 1-855-537-4678.

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

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

 **Kesimpta**[®]
(ofatumumab) 20 mg
injection

 **NOVARTIS**

Novartis Pharmaceuticals Corporation
East Hanover, New Jersey 07936-1080

©2021 Novartis

8/21

144249