

Apreciado/a Paciente o Proveedor de Atención Médica:

Gracias por su interés en Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. (la “Fundación”). Para calificar para el Novartis Patient Assistance Foundation Program (Programa de la Fundación Novartis para la Asistencia al Paciente, conocido por sus siglas en inglés “NPAFP”) el paciente tiene que ser un residente de los EE.UU., cumplir con los requisitos de ingresos, y no tener cobertura de medicamentos recetados. Favor de completar los siguientes pasos para solicitar inscripción en NPAFP.

- 1.) Llene todas las secciones para el paciente y el médico en la solicitud adjunta.
- 2.) Incluya una receta original para el medicamento solicitado (salvo productos de la Tarjeta de venta al por menor).
- 3.) Incluya una copia de su planilla más reciente de los impuestos federales sobre los ingresos o su documentación financiera.

Algunos ejemplos incluyen:

- Los formularios de Rentas Internas (IRS) 1040, 1040EZ
 - Talones de cheques de pago
 - La Declaración del Seguro Social 1099
 - Formularios W-2
- 4.) Envíe la solicitud, la receta y la documentación financiera por correo o por fax a:

NOVARTIS PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC.
PO BOX 66556
ST. LOUIS, MO 63166-6556
FAX: 1-877-261-5348

NOTA: Si se envía la solicitud por fax, debe enviarse desde el consultorio del médico

Revisaremos y determinaremos la elegibilidad del paciente en cuanto recibamos la solicitud completa, la receta y la documentación financiera que la sustenta. Usted recibirá notificación por escrito sobre la elegibilidad del paciente.

Los siguientes productos se ofrecen a través de NPAFP.

Amturnide™

(aliskiren, amlodipine and hydrochlorothize)

Comtan®

(entacapone)

Diovan®

(valsartan)

Diovan HCT®

(valsartan hydrochlorothiazide)

Exelon® Patch

(rivastigmine transdermal system)

Exforge®

(amlodipine and valsartan)

Exforge HCT®

(amlodipine, valsartan, hydrochlorothiazide)

Focalin® XR (Retail Card)

(dexamethylphenidate HCl extended release)

Lamisil® Oral Granules

(terbinafine hydrochloride)

Lescol®

(fluvastatin sodium)

Lescol® XL

(fluvastatin sodium extended release)

Stalevo®

(carbidopa, levodopa and entacapone)

Tegretol®

(carbamazepine USP)

Tegretol®-XR

(carbamazepine extended release)

Tekamlo™

(aliskiren and amlodipine)

Tekturna®

(aliskiren)

Tekturna HCT®

(aliskiren and hydrochlorothiazide)

Trileptal®

(oxcarbazepine)

La mayoría de los productos se despachan en suministros de 90 días. Todos los productos serán enviados directamente al consultorio del médico (salvo los productos de la Tarjeta de ventas al por menor***).

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con un representante de NPAFP, llamando al 1-800-277-2254, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 6:00 p.m., hora del este.

Sinceramente,

Novartis Patient Assistance Foundation, Inc.

*Los medicamentos se despachan en suministros para 30 días

**En el caso de productos de la Tarjeta de ventas al por menor como Focalin XR, se le enviará una tarjeta de farmacia al paciente. El paciente deberá llevar la tarjeta de farmacia con una receta válida a su farmacia de ventas al por menor para recibir el producto.



P. O. Box 66556
St. Louis, MO 63166-6556

**Novartis Patient Assistance Foundation, Inc.
(la "Fundación")**

Solicitud de Inscripción

**IMPORTANTE: DEBE INCLUIR UNA RECETA VÁLIDA Y DOCUMENTACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE PARA EL TRÁMITE DE ESTA SOLICITUD.
NO ENVÍE COPIAS ORIGINALES DE LA DOCUMENTACIÓN FINANCIERA YA QUE ÉSTA SE CONVERTIRÁ EN PROPIEDAD DE NPAFP**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre del paciente:	Núm. de Seg. Soc. / Identificación:	
Dirección:	Fecha de nacimiento:	
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:
Núm. de teléfono: ()	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
¿Cuál es el Núm. de personas en su casa (incluyéndose a usted)? Encierre en un círculo uno: 1 2 3 4 5 6 ó más		
Residente de los EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted un Veterano del Servicio Militar de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha recibido pagos por incapacidad del Seguro Social por más de 24 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS	
<input type="checkbox"/> *Focalin® XR (dexamethylphenidate HCl extended release) *El paciente debe llevar la tarjeta de farmacia que le han emitido, junto con la receta, a la farmacia.	<input type="checkbox"/> Otros - Favor de especificar el/los producto(s) solicitado(s): * Favor de incluir una receta válida.

INFORMACIÓN FINANCIERA - Incluya una copia de su planilla más reciente de los impuestos federales sobre los ingresos u otra documentación financiera que la sustente. Ejemplos de ingresos: los formularios 1040, 1040EZ, 1040X y 1099

Haga una lista de todas las fuentes de ingreso mensual bruto

Salario / Sueldo	\$ _____	Seguro Social	\$ _____
Incapacidad	\$ _____	Pensión / Retiro	\$ _____
Pensión alimenticia / Manutención infantil	\$ _____	Desempleo / Compensación para Obreros	\$ _____

Ingreso Total Mensual Bruto del Hogar: \$ _____

Bienes totales del Hogar del Paciente (no incluye la primera casa ni el carro): \$ _____

INCLUYA PRUEBA DE SUS INGRESOS
(No envíe copias originales)

INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS			
Cobertura Privada de Medicamentos Recetados <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicare <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si responde Sí, marque todas las que corresponden)	Medicare Parte A <input type="checkbox"/> Medicare Parte B <input type="checkbox"/> Medicare Parte D <input type="checkbox"/>	Medicaid <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Autorizo a la Fundación y a sus afiliados y agentes (colectivamente "Novartis") a que usen y/o divulguen entre Novartis la información en esta Solicitud de Inscripción y cualquier otra información que yo provea a Novartis relacionada con el Novartis Patient Assistance Foundation Program ("Mi Información") para determinar si califico para participar en el Novartis Patient Assistance Foundation Program (conocido como "NPAFP") y para la operación y administración del NPAFP. Autorizo, además, a Novartis a divulgar Mi Información a las agencias de gobierno, incluyendo los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, y a los planes de seguro, incluyendo los planes de la Parte D de Medicare ("Gobierno") y a que ellos a su vez divulguen Mi Información a y entre ellos mismos y Novartis a favor de las actividades y administración de NPAFP. Con mi firma más adelante verifico que la información en esta solicitud, incluyendo la copia firmada de la planilla de mis impuestos del año anterior y otra documentación de apoyo, está completa y es correcta. También verifico que, a menos que lo haya indicado de otro modo en esta solicitud, no tengo ninguna otra cobertura para medicamentos recetados, incluyendo Medicaid, Medicare o algún otro programa de asistencia pública o privada ni ningún otro tipo de seguro. También estoy de acuerdo que Novartis podría verificar mi elegibilidad para NPAFP, y entiendo que tal verificación puede incluir comunicarse conmigo o con mi proveedor de atención médica para obtener información adicional y/o revisar información financiera, sobre seguros y/o información médica adicional. En relación con la administración del NPAFP, entiendo que Novartis podría comunicarse conmigo o con mi proveedor de atención médica directamente para confirmar la recepción de los medicamentos o para proveer o recibir alguna otra información relacionada con NPAFP y mi tratamiento. También entiendo que Novartis puede revisar, cambiar, o terminar el NPAFP en cualquier momento. Entiendo que si rehúso a firmar esta autorización, no podré participar en el NPAFP, pero esto no afectará mi elegibilidad para obtener tratamiento médico, mi habilidad para buscar el pago de dicho tratamiento o afectar mi inscripción o elegibilidad para una cobertura de seguro. Aún más, entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento comunicándome con el NPAFP, pero si lo hiciera, ya no sería elegible para el NPAFP.

Firma del Paciente o Encargado Legal (<i>Requerida para el trámite de la solicitud</i>) X	Fecha
--	-------

INFORMACIÓN DEL MÉDICO – Todos los productos serán enviados al consultorio del médico.		
Nombre del Médico:	DEA / Licencia estatal Núm.:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:
Teléfono ()	Fax: ()	

Mi firma más adelante certifica que la persona en referencia es mi paciente, para quien yo he recetado el medicamento identificado anteriormente. Certifico que cualesquier medicamentos recibidos de Novartis (como se describe anteriormente) en relación con esta solicitud serán utilizados únicamente con el paciente nombrado en este formulario. Estos medicamentos no serán ofrecidos para venta, negocio o intercambio. Además, tampoco se presentará ninguna reclamación de reembolso sobre estos medicamentos a Medicare, Medicaid, ni a terceros, ni tampoco ningún medicamento será devuelto para recibir crédito. Reconozco que he asistido al paciente a inscribirse en el NPAFP exclusivamente para los propósitos de atención del paciente y no en consideración ni espera o aceptación de remuneración de clase alguna. También estoy de acuerdo que Novartis tiene el derecho de comunicarse con el paciente directamente para confirmar la recepción de medicamentos, y entiendo que Novartis puede revisar, cambiar o terminar este programa en cualquier momento. Finalmente, a mi mejor saber y entender, el paciente reúne los criterios de elegibilidad de Novartis para el NPAFP.

Firma del Médico (<i>Requerida para el trámite de la solicitud</i>) X	Fecha:
--	--------

FAVOR DE LLAMAR AL 1-800-277-2254 CON CUALQUIER PREGUNTA O Envíe por fax la solicitud llena al 1-877-261-5348

