



## Su médico le recetó KESIMPTA®

Bienvenido al programa Alongside™ KESIMPTA®.  
Cuando se inscriba, esto es lo que ocurrirá a continuación:



### Comprobaremos sus beneficios

➤ Espere una llamada nuestra para hablar sobre sus opciones, incluidos los posibles ahorros y la entrega del medicamento.



### Le enviaremos un paquete de bienvenida por correo

➤ Con información importante sobre su programa y consejos rápidos para el uso de KESIMPTA. Debería llegar en un día o dos.



### Recibirá una llamada de su Coordinador dedicado

➤ Este tiene acceso a sus materiales de membresía, recursos de capacitación adicionales y respuestas a cualquier pregunta que usted pueda tener.

**Estamos en esto juntos.**



### ¿Tiene preguntas?

Llámenos al 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](http://www.KESIMPTA.com)  
para obtener más información





## 1 Información del paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Sexo:  M  F Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_  
 Dirección (no casilla de correo) \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
**Se puede dejar mensaje de voz en:**  Teléfono particular  Teléfono celular  
**Idioma preferido:**  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

## 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 copago KESIMPTA

He leído los términos y condiciones del programa de copago de la página 2 y los acepto.

### 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 apoyarle cuando inicie KESIMPTA.\* También puede recibir apoyo personalizado continuo con un Coordinador dedicado de Alongside KESIMPTA marcando 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.

## 3 Información sobre el seguro (Incluya una copia de ambos lados de la tarjeta de seguro)

Nombre del titular de la tarjeta \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la tarjeta de recetas \_\_\_\_\_  
 Compañía de seguro \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Compañía de seguro para recetas \_\_\_\_\_ Número de teléfono para recetas \_\_\_\_\_  
 Número de ID del titular de la tarjeta \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_ Número de BIN para recetas \_\_\_\_\_ Número de PCN para recetas \_\_\_\_\_  
 Número de grupo para recetas \_\_\_\_\_ Número de ID para recetas \_\_\_\_\_  
 Nombre comercial del consultorio \_\_\_\_\_  
 Nombre de contacto del consultorio \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto del consultorio \_\_\_\_\_ Fax de la oficina \_\_\_\_\_  
 Número de identificación de proveedor nacional \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

## 4 Información del proveedor

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Nombre comercial del consultorio \_\_\_\_\_  
 Dirección (no casilla de correo) \_\_\_\_\_ Nombre de contacto del consultorio \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto del consultorio \_\_\_\_\_ Fax de la oficina \_\_\_\_\_  
 Número de identificación de proveedor nacional \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

## 5 Información de la receta

### Farmacia especializada:

Farmacia especializada preferida \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**Código de diagnóstico:**  ICD-10: G35 Esclerosis múltiple  
 Otro: \_\_\_\_\_

### Preferencias de envío:

Primera dosis:  Dirección del proveedor  Dirección del paciente

**Demostración de inyección complementaria:**

### Receta de farmacia:

#### Dosis de carga:

No, el paciente ya se encuentra en terapia  
 Sí, 20 mg (0.4 ml)  
 Cantidad: 3 unidades (0.4 ml)  
 1 inyección s.c.  
 en la semana 0, 1 y 2

#### Dosis de mantenimiento:

20 mg (0.4 ml)  
 1 inyección s.c. al mes a partir de la semana 4  
 Cantidad: 1 inyección s.c., a continuación 12 resurtidos, o suministro para \_\_\_\_\_ meses

### Transición a la cobertura comercial:

Los pacientes elegibles reciben KESIMPTA de forma gratuita mientras procuran cobertura de seguro. 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.\*

#### Dosis de carga:

No, el paciente ya se encuentra en terapia  
 Sí, 20 mg (0.4 ml)  
 Cantidad: 3 unidades (0.4 ml)  
 1 inyección s.c. en la semana 0, 1 y 2

#### Dosis de mantenimiento:

20 mg (0.4 ml)  
 1 inyección s.c. al mes a partir de la semana 4  
 Cantidad: 1 inyección s.c., a continuación 12 resurtidos, o suministro para \_\_\_\_\_ meses

## 6 Declaración del proveedor

El médico prescriptor debe autorizar estas instrucciones firmando al final de esta sección.

Certifico que la terapia antes mencionada es necesaria desde el punto de vista médico y que la información proporcionada es exacta a mi leal saber y entender. Certifico que soy el proveedor que ha recetado KESIMPTA al paciente previamente identificado y que ha proporcionado al paciente una descripción de Alongside KESIMPTA. Certifico que se proporcionará orientación sobre la inyección en el consultorio. A los fines de transmitir estas recetas, autorizo a NPAF, Novartis Pharmaceuticals Corporation y sus filiales, socios comerciales y agentes a que, en calidad de agentes míos, con estos fines limitados, reenvíen las recetas de manera electrónica, por fax o por correo postal a las farmacias expendedoras que correspondan. No intentaré solicitar el reembolso del medicamento gratuito proporcionado a mi consultorio.

→ X

Firma del proveedor \_\_\_\_\_

Sustitución permisible \_\_\_\_\_

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_

ATENCIÓN: Proveedores de Nueva York y Iowa, envíen una receta electrónica a Homescripts Pharmacy, NPI n.º 1528362076.

**Autorización del paciente.** Autorizo a mis proveedores de atención médica, farmacias y compañías de seguro médico y a sus proveedores de servicios ("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") a que puedan prestar los siguientes servicios de apoyo (los "Servicios"):

- Ayudar a coordinar la cobertura del seguro, el acceso y la recepción de mi 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, e información sobre el medicamento, 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 los resurtidos, 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.

#### **Términos y condiciones del programa de copago**

Se aplican limitaciones. Válido solo para quienes tienen seguro privado. El programa incluye la tarjeta de copago 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.

#### **Autorización en virtud de la Ley de Informes de Crédito Justos (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 estos términos y condiciones para continuar con el proceso de selección financiera.

†Alongside KESIMPTA puede llamarle 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

©2020 Novartis

7/20

T-AAF-1392302