

1. PATIENT INFORMATION (Section 1 to be completed and signed by Patient or Parent/Legal Guardian) – REQUIRED

Patient's Name (First, Middle, Last) _____ DOB (MM/DD/YYYY) _____ Sex M F
 Authorized Representative (First, Middle, Last) _____ Relationship to Patient _____
 Address _____ City _____ State _____ ZIP _____
 Cell Phone _____ OK to leave message about COSENTYX[®] Secondary Phone _____ OK to leave message about COSENTYX[®]
 Email (required for co-pay enrollment) _____ Preferred Language English Spanish Other _____
Patient Authorization (required)
 I confirm that the information provided herein is truthful and accurate to the best of my knowledge.
 I have read and agree to the Terms and Conditions for the Co-pay Assistance Program on page 3.
 The COSENTYX[®] Connect program includes calls and texts to help you get started on COSENTYX. After you fill your prescription, you will receive reminders, education, and lifestyle tips by mail and email. You can also get this ongoing support via calls and texts by checking the box below.
 I agree to receive recurring reminders, tips, and more via calls and texts at the phone number provided. I understand calls or texts may be auto-dialed or prerecorded and are not a condition of purchase. (Optional, please see page 3)
 Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. (NPAF) provides free medication to eligible uninsured and underinsured patients experiencing financial hardship. Proof of income is required. If you choose to apply for free medication, checking the box below will prompt NPAF to verify your income.
 I have read and agree to the Fair Credit Reporting Act (FCRA) Authorization on page 3. (Optional)

PATIENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE _____ **DATE** _____
 I have read and agree to the Patient Authorization on page 2. (MM/DD/YYYY)
CANNOT PROCESS FORM WITHOUT SIGNATURE AND DATE

2. INSURANCE INFORMATION (Section 2 to be completed by Patient or Parent/Legal Guardian) – REQUIRED

Please check appropriate box: Uninsured Insured If insured, please check one: Provide Information Below Or Copy of Primary Medical and Prescription Cards Attached (Front & Back)
 Beneficiary/Cardholder Name _____ Prescription Insurance _____
 Primary Health Insurance _____ Phone # _____ Rx Group # _____
 Primary Health Insurance ID _____ Rx ID# _____
 Group # _____ Rx BIN # _____ Rx PCN # _____

FOR HEALTHCARE PROVIDER USE ONLY

3. PRESCRIBER INFORMATION (Sections 3–7 to be completed by the prescriber) – REQUIRED EXCEPT WHERE NOTED

Prescriber's Name _____ Site Institution Name (optional) _____
 NPI # _____ Collaborating MD/DO _____
 Address _____ City _____ State _____ ZIP _____
 Office Contact Name _____ Office Phone _____ Office Fax _____
 Office Email (optional) _____

4. CLINICAL INFORMATION – REQUIRED

Primary Diagnosis/ICD-10-CM Codes: (check one) – **REQUIRED** L40.0 Plaque Psoriasis L40.5 Psoriatic Arthritis L40.54 Psoriatic juvenile arthropathy
 M08.90 Juvenile arthritis, unspecified M45.0 Ankylosing Spondylitis M45.A Non-Radiographic Axial Spondyloarthritis Other ICD-10-CM Code(s): _____
Secondary Diagnosis/Special Areas or Manifestations (optional)
 Has patient participated in a COSENTYX clinical trial? Yes No The patient has previously been treated with a biologic for the diagnosed condition. Yes No
 If patient has been treated with a biologic or another therapy, please answer the following questions:
 Excluding COSENTYX, does this patient have a contraindication, intolerance, or allergy to Cimzia[®], Enbrel[®], Humira[®], Remicade[®], Simponi[®], Stelara[®], Taltz[®], or other biologic treatments, or to phototherapy, methotrexate, sulfasalazine, NSAIDs (diclofenac, ibuprofen, etc)? Yes No
 Excluding COSENTYX, does this patient have documented efficacy failure of adequate trial on NSAIDs, DMARDs, or other treatments? Yes No
If YES, please indicate which drug(s):
 Cimzia[®] Enbrel[®] Humira[®] Otezla[®] Remicade[®] Rinvoq[®] Simponi[®] NSAIDs (diclofenac, ibuprofen, etc)
 Skyrizi[®] Stelara[®] Taltz[®] Tremfya[®] Phototherapy Methotrexate Sulfasalazine Other _____

5. SELECT PRESCRIPTION TYPE – REQUIRED

PLEASE CHECK PRESCRIPTION TYPE (MUST CHECK BOTH TO FILL PHARMACY AND BRIDGE RX):
 PHARMACY PRESCRIPTION **COVERED UNTIL YOU'RE COVERED FREE MEDICATION PRESCRIPTION (TERMS AND CONDITIONS APPLY*)**
SHIP TO INFORMATION FOR COVERED UNTIL YOU'RE COVERED FREE MEDICATION PRESCRIPTION – REQUIRED
FIRST DOSE, SHIP TO: Patient Office, as allowable by law **ALL SUBSEQUENT DOSES WILL BE SHIPPED TO THE PATIENT**

6. PHARMACY PRESCRIPTION – REQUIRED Patient Weight: _____ kg / lbs (circle one unit of measure) Date Weight Obtained: _____

HCP Preferred Specialty Pharmacy (optional): _____ The patient prescription has been sent to the specialty pharmacy noted here

Adult	Dosing	Qty	Refills
COSENTYX 150 mg <input type="checkbox"/> Sensoready [®] (1x150 mg/mL) <input type="checkbox"/> Prefilled Syringe (1x150 mg/mL)	<input type="checkbox"/> Loading Dose: Inject 150 mg subcutaneously on Weeks 0, 1, 2, 3 <input type="checkbox"/> Maintenance: Inject 150 mg subcutaneously on Week 4, then every 4 weeks thereafter	28 days 28 days	ZERO _____
COSENTYX 300 mg <input type="checkbox"/> Sensoready [®] (2x150 mg/mL) <input type="checkbox"/> Prefilled Syringe (2x150 mg/mL)	<input type="checkbox"/> Loading Dose: Inject 300 mg subcutaneously on Weeks 0, 1, 2, 3 <input type="checkbox"/> Maintenance: Inject 300 mg subcutaneously on Week 4, then every 4 weeks thereafter	28 days 28 days	ZERO _____
Pediatric	Dosing	Qty	Refills
COSENTYX 75 mg (wt <50 kg) <input type="checkbox"/> Prefilled Syringe (1x75 mg/mL)	<input type="checkbox"/> Loading Dose: Inject 75 mg subcutaneously on Weeks 0, 1, 2, 3 <input type="checkbox"/> Maintenance: Inject 75 mg subcutaneously on Week 4, then every 4 weeks thereafter	28 days 28 days	ZERO _____
COSENTYX 150 mg (wt ≥50 kg) <input type="checkbox"/> Sensoready [®] (1x150 mg/mL) <input type="checkbox"/> Prefilled Syringe (1x150 mg/mL)	<input type="checkbox"/> Loading Dose: Inject 150 mg subcutaneously on Weeks 0, 1, 2, 3 <input type="checkbox"/> Maintenance: Inject 150 mg subcutaneously on Week 4, then every 4 weeks thereafter	28 days 28 days	ZERO _____

*COVERED UNTIL YOU'RE COVERED PROGRAM: Eligible patients must have commercial insurance, a valid prescription for COSENTYX, and a denial of insurance coverage based on prior authorization request. Program requires the submission of an appeal within 90 days after enrollment. See Program Terms and Conditions on page 3. I understand that the Covered Until You're Covered Program is designed to support patients who are denied insurance coverage for COSENTYX for up to two years until such coverage is secured, and I confirm that I will support the above identified patient in seeking to secure such coverage as I deem appropriate. I certify that the above therapy is medically necessary and that the information provided is accurate to the best of my knowledge. I certify that I am the prescriber who has prescribed COSENTYX to the previously identified patient. I have discussed the COSENTYX[®] Connect Program with my patient, who has authorized me under HIPAA and state law to disclose their information to Novartis for the limited purpose of enrolling in COSENTYX[®] Connect. To complete this enrollment, Novartis may contact the patient by phone, text, and/or email. I also agree to receive communications, including faxes, related to my patient's enrollment or participation in the COSENTYX[®] Connect Program. The prescriber is to comply with his/her state specific prescription requirements such as e-prescribing, state specific prescription form, fax language, etc. Non-compliance with state specific requirements could result in outreach to the prescriber. I authorize Novartis Pharmaceuticals Corporation and its service providers, and the Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. (NPAF) and its service providers to transmit the above prescription by any means allowed under applicable law to the appropriate specialty pharmacy for my patient. I agree to the NPAF Authorization on page 3.

CANNOT PROCESS FORM WITHOUT A SIGNATURE AND DATE

PRESCRIBER SIGNATURE _____ **DATE** _____
 OR
 Dispense as Written (No Stamps) (MM/DD/YYYY)

PRESCRIBER SIGNATURE _____ **DATE** _____
 Substitution Permitted (No Stamps) (MM/DD/YYYY)

ATTN: Please follow your state's prescribing guidelines for electronic prescriptions (if applicable).

Lea la siguiente información detenidamente, luego firme y feche donde se indica en la página 1.

Autorización del paciente

Autorizo a mis proveedores de atención médica, farmacias y aseguradoras de salud, como también a sus proveedores de servicios (“Proveedores”) a divulgar información relacionada con mis beneficios de seguro, afección médica, tratamiento y detalles de receta (“Información personal”) a Novartis Pharmaceuticals Corporation, sus filiales y proveedores de servicios (“Novartis”), y la Novartis Patient Assistance Foundation, Inc., como 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 mi medicamento, el acceso a este y su recepción.
- Comunicarse conmigo con respecto a posibilidades de asistencia financiera, incluidos los programas de copago o NPAF de Novartis, y, si estoy inscrito, 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 personalizarse de acuerdo con la información personal obtenida de mis proveedores.
- Asegurar la 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 pudieran ayudarme a pagar mis medicamentos. Pueden combinar la información que hayan obtenido directamente a través mío 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 el pago de Novartis o la NPAF por la prestación de determinados aspectos de los servicios, como medicamentos o recordatorios de reabastecimiento, según mi estado de inscripción o participación. Una vez que autorice la divulgación de mi Información personal, esta ya no podrá ser 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 obtener una copia y que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento si llamo al 1-844-267-3689 o escribo a:

Cosentyx® Connect Patient Support Program
PO Box 2953
Phoenix, AZ 85062-2953

o

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, ya no cumpliré con los requisitos para acceder a los Servicios de Novartis o 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 la NPAF de manera no autorizada y constante, mi cancelación será efectiva con respecto a ese proveedor en cuanto reciba la notificación de cancelación. La cancelación no afectará ningún uso o divulgación que se haya 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 de comercialización de parte de Novartis o la NPAF, incluso a través del discado automático o un mensaje de voz pregrabado, a los números provistos.

Visite el sitio web de Novartis: <https://www.novartis.us>.

Consentimiento (Opcional) de acuerdo con la Ley de Protección al Consumidor de Servicios Telefónicos (Telephone Consumer Protection Act, TCPA)

El programa de COSENTYX® Connect incluye llamadas y mensajes de texto para ayudarlo a comenzar con COSENTYX®. Después de que llene su receta, recibirá recordatorios, instrucciones y consejos de estilo de vida por correo postal y electrónico. También puede acceder a esta ayuda constante mediante llamadas y mensajes de texto si marca la casilla de la sección 1 del Formulario de inscripción y recetas. Al marcar dicha casilla, reconoce que comprende que las llamadas o los mensajes pueden realizarse con discado automático o estar pregrabados y que no constituyen una condición de compra. Acepto los términos y condiciones de la TCPA. La cantidad de mensajes variará según las selecciones que haga con respecto al programa. Pueden aplicarse tarifas por el uso de mensajes y datos. Comprendo que puedo leer toda la Política de Privacidad de Novartis Pharmaceuticals Corporation en www.usprivacy.novartis.com. Envíe STOP (DETENER) para excluirse y HELP (AYUDA) para obtener asistencia.

Términos y Condiciones del Programa de asistencia con los copagos

Se aplican limitaciones. Válido únicamente para aquellos con seguro privado. El Programa de copago de COSENTYX incluye la tarjeta de copago, la tarjeta de pago (si corresponde) y el reembolso, con un límite anual combinado de hasta \$16,000. El paciente es responsable de cualquier costo una vez que alcance el límite en un año calendario. Programa no válido (i) bajo Medicare, Medicaid, TRICARE, VA, DoD o cualquier otro programa de atención médica federal o estatal (ii) cuando el paciente no esté utilizando ninguna cobertura de seguro, (iii) cuando el plan de seguro del paciente reembolse todo el costo del medicamento o (iv) cuando el producto no esté cubierto por el seguro del paciente. El valor de este programa es exclusivamente para el beneficio de los pacientes y está indicado para destinarse a cubrir las obligaciones y máximos a cargo 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 vigente de su plan médico relacionado con el uso del Programa. Válido solo en los EE. UU. y Puerto Rico. Este Programa no es un seguro médico. El Programa no puede combinarse con un reembolso, cupón u oferta de ningún tercero. Se puede exigir comprobante de compra. Novartis se reserva el derecho a rescindir, revocar o modificar el Programa e interrumpir la asistencia en cualquier momento sin previo aviso.

Términos y Condiciones del Programa Covered Until You're Covered

Los pacientes elegibles deben tener un seguro comercial, una receta válida para acceder a COSENTYX y una denegación de cobertura del seguro basada en una solicitud de autorización previa. El Programa requiere la presentación de una apelación de la denegación de cobertura dentro de los primeros 90 días de la inscripción para seguir siendo elegible. El Programa proporciona a los pacientes cinco dosis semanales iniciales (con receta) y dosis mensuales gratis hasta dos años o hasta que reciban la aprobación de la cobertura del seguro, lo que ocurra primero. El Programa no está disponible para pacientes cuyos medicamentos sean reembolsados total o parcialmente por Medicare, Medicaid, TRICARE o cualquier otro programa federal o estatal. Se les puede pedir a los pacientes que verifiquen nuevamente el estado de la cobertura del seguro durante el transcurso del programa. No se requiere compra. El Programa no es un seguro médico ni la participación representa una garantía de cobertura de seguro. Se pueden aplicar limitaciones. Los pacientes inscritos que esperan obtener la cobertura de COSENTYX después de dos años pueden ser elegibles para acceder a una extensión limitada del Programa. Novartis Pharmaceuticals Corporation se reserva el derecho a rescindir, revocar o modificar este Programa sin aviso previo.

Autorización conforme a la Ley de informe de crédito justo (Fair Credit Reporting Act, FCRA)

Comprendo que estoy brindando "instrucciones por escrito" que autorizan a la Novartis Patient Assistance Foundation, (NPAF) y a sus proveedores, en virtud de la FCRA, a obtener información de mi perfil de crédito 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 estos términos para continuar con este proceso de selección financiera.

Autorización PARA EL MÉDICO de la Novartis Patient Assistance Foundation

Certifico que este tratamiento es médicamente necesario y que esta información es precisa a mi leal saber y entender. Certifico que soy el médico que recetó el medicamento identificado con anterioridad al paciente nombrado con anterioridad. A los fines de transmitir esta receta, autorizo a la NPAF y a sus filiales, socios comerciales y agentes a remitir como agentes míos y con estos fines limitados, esta receta electrónica por facsímil o por correo a las farmacias surtidoras correspondientes. Certifico que cualquier medicamento recibido se utilizará únicamente para el paciente mencionado en este formulario y no se ofrecerá para la venta, el comercio ni el canje. Además, no se presentará ningún reclamo de reembolso con respecto a este medicamento, y este medicamento tampoco se devolverá a cambio de crédito. Reconozco que la NPAF se dedica exclusivamente a fines relacionados con el cuidado de los pacientes y no procura remuneraciones de ningún tipo. Comprendo que la NPAF puede revisar, modificar o interrumpir los programas en cualquier momento.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (La Sección 1 debe ser completada y firmada por el Paciente o el Padre/Tutor legal) – OBLIGATORIO

Nombre del paciente (Primer nombre, segundo nombre, apellido) Jane A. Doe Fecha de nac. (MM/DD/AAAA) 09/27/1963 Sexo M F
 Representante autorizado (Primer nombre, segundo nombre, apellido) Jen B. Sample Relación con el paciente Padre
 Dirección 1246 Hanson Way Ciudad Raleigh Estado NC Código postal 23645
 Teléfono celular 919-123-5555 ACEPTO que me dejen mensajes sobre COSENTYX® Teléfono secundario 919-123-4567 ACEPTO que me dejen mensajes sobre COSENTYX®
 Correo electrónico (necesario para la inscripción en copagos) J.Doe@yahoo.com Idioma preferido Inglés Español Otro _____
Autorización del paciente (obligatoria)
 Confirmo que la información suministrada en la presente es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.
 He leído y acepto los Términos y Condiciones para el Programa de asistencia con copagos en la página 3.
 El programa COSENTYX® Connect incluye llamadas y mensajes de texto para ayudarlo a comenzar con COSENTYX. Después de que llene su receta, recibirá recordatorios, instrucciones y consejos de estilo de vida por correo postal y electrónico. También puede obtener este respaldo constante a través de llamadas y mensajes de texto si marca la casilla a continuación.
 Acepto recibir recordatorios, consejos y más información recurrente por llamadas y mensajes de texto al número de teléfono provisto. Comprendo que las llamadas o los mensajes pueden realizarse con discado automático o estar pregrabados y que no constituyen una condición de compra. (Opcional, consulte la página 3)
 Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. (NPAF) proporciona medicamentos gratuitos a los pacientes elegibles que no tienen seguro o que tienen un seguro insuficiente y que experimentan dificultades económicas. Se exige un comprobante de ingresos. Si elige presentar una solicitud de medicamentos gratuitos, al marcar la casilla a continuación se indicará a la NPAF para que verifique sus ingresos.
 He leído y acepto la autorización conforme a la Ley de informe de crédito justo (Fair Credit Reporting Act, FCRA) que figura en la página 3. (Opcional)
FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL Jane Doe **FECHA** 01/15/2022
 He leído y acepto la Autorización del paciente que figura en la página 2.
EL FORMULARIO NO SE PUEDE PROCESAR SIN LA FIRMA Y LA FECHA

2. INFORMACIÓN DEL SEGURO (La Sección 2 debe completarse por el paciente o el padre/tutor legal) – OBLIGATORIO

Marque la casilla adecuada: Sin asegurar Asegurado Si está asegurado, marque una de las siguientes opciones: Proporcionar información a continuación Copia de las tarjetas médicas y de receta primarias adjunta (frente y reverso)
 Beneficiario/Nombre del titular de la tarjeta Jane A. Doe Seguro para recetas Express Scripts
 Seguro médico primario Blue Cross Blue Shield N.º de teléfono 1-866-966-5777 N.º de grupo de recetas 12345
 ID del seguro médico primario YPYW12345678 N.º de la ID de recetas 12345
 N.º de grupo 12345 N.º de BIN de recetas 12345 N.º de PCN de recetas 12345

SOLO PARA USO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

3. INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR (Las secciones 3 a 7 deben completarse por el prescriptor) – OBLIGATORIO EXCEPTO DONDE SE INDICA

Nombre del prescriptor John Doe, MD Nombre de la institución del sitio (opcional) Raleigh Dermatology
 N.º de NPI 123456789 MD/DO colaborador _____
 Dirección 1468 Raleigh Rd. Ciudad Raleigh Estado NC Código postal 27529
 Nombre de contacto en la oficina Beth Dunn Teléfono de la oficina 919-333-5323 Fax de la oficina 919-212-1221
 Correo electrónico de la oficina (opcional) BDunn@RaleighDerm.com 123456789

4. INFORMACIÓN CLÍNICA: OBLIGATORIA

Diagnóstico primario/Códigos de ICD-10-CM: (marque una opción) – OBLIGATORIO L40.0 Psoriasis en placas L40.5 Artritis psoriásica L40.54 Artritis psoriásica
 M08.90 Artritis juvenil, sin especificar M45.0 Espondilitis anquilosante M45.A Espondiloartritis axial no radiográfica Otros códigos de ICD-10-CM: _____
Diagnóstico secundario/Áreas o manifestaciones especiales (opcional) _____
 ¿El paciente participó en un ensayo clínico de COSENTYX? Sí No El paciente ha sido tratado con anterioridad con un producto biológico por la afección diagnosticada. Sí No
 Si el paciente ha sido tratado con un producto biológico o con otra terapia, responda las siguientes preguntas:
 Si excluimos a COSENTYX, ¿este paciente tiene una contraindicación, intolerancia o alergia a Cimzia®, Enbrel®, Humira®, Remicade®, Simponi®, Stelara®, Taltz® u otros tratamientos biológicos o a fototerapia, metotrexato, sulfasalazina, AINE (diclofenac, ibuprofeno, etc)? Sí No
 Si excluimos a COSENTYX, ¿este paciente tiene documentado el fracaso de la eficacia de un ensayo adecuado con AINE, DMARD u otros tratamientos? Sí No
Si la respuesta es Sí, indique qué medicamentos:
 Cimzia® Enbrel® Humira® Otezla® Remicade® Rinvoq® Simponi® AINE (diclofenac, ibuprofeno, etc)
 Skyrizi® Stelara® Taltz® Tremfya® Fototerapia Metotrexato Sulfasalazina Otro _____

5. SELECCIONE EL TIPO DE RECETA – OBLIGATORIO

MARQUE EL TIPO DE RECETA (DEBE MARCAR AMBAS OPCIONES PARA LA FARMACIA DE SUMINISTRO Y LA RECETA PUENTE):
 RECETA PARA LA FARMACIA RECETA DE MEDICAMENTO GRATUITO DEL PROGRAMA COVERED UNTIL YOU'RE COVERED (SE APLICAN TÉRMINOS Y CONDICIONES*)
INFORMACIÓN DE ENVÍO PARA LA RECETA DE MEDICAMENTO GRATUITO DEL PROGRAMA COVERED UNTIL YOU'RE COVERED – OBLIGATORIO
 PRIMERA DOSIS, ENVIAR A: Paciente Oficina, según lo que permita la ley **TODAS LAS DOSIS POSTERIORES SE ENVIARÁN AL PACIENTE**

6. Receta para la FARMACIA – OBLIGATORIO Peso del paciente: 198 kg (marque con un círculo la unidad de medida) Fecha y peso obtenido: 2/7/2022

Farmacia especializada preferida por el HCP (opcional): _____ La receta del paciente se ha enviado a la farmacia especializada que se indica aquí

Adulto	Administración de la dosis	Cantidad	Reabastecimientos
COSENTYX 150 mg <input type="checkbox"/> Sensoready® (1 x 150 mg/ml) <input type="checkbox"/> Jeringa precargada (1 x 150 mg/ml)	<input type="checkbox"/> Dosis de carga: Inyectar 150 mg de manera subcutánea en las semanas 0, 1, 2, 3 <input type="checkbox"/> Mantenimiento: Inyectar 150 mg de manera subcutánea en la semana 4, luego cada cuatro semanas en adelante	28 días 28 días	CERO _____
COSENTYX 300 mg <input checked="" type="checkbox"/> Sensoready® (2 x 150 mg/ml) <input type="checkbox"/> Jeringa precargada (2 x 150 mg/ml)	<input checked="" type="checkbox"/> Dosis de carga: Inyectar 300 mg de manera subcutánea en las semanas 0, 1, 2, 3 <input checked="" type="checkbox"/> Mantenimiento: Inyectar 300 mg de manera subcutánea en la semana 4, luego cada 4 semanas en adelante	28 días 28 días	CERO <u>11</u>
Pediátrico	Administración de la dosis	Cantidad	Reabastecimientos
COSENTYX 75 mg (peso <50 kg) <input type="checkbox"/> Sensoready® (1 x 75 mg/ml) <input type="checkbox"/> Jeringa precargada (1 x 75 mg/ml)	<input type="checkbox"/> Dosis de carga: Inyectar 75 mg de manera subcutánea en las semanas 0, 1, 2, 3 <input type="checkbox"/> Mantenimiento: Inyectar 75 mg de manera subcutánea en la semana 4, luego cada 4 semanas en adelante	28 días 28 días	CERO _____
COSENTYX 150 mg (peso ≥50 kg) <input type="checkbox"/> Sensoready® (1 x 150 mg/ml) <input type="checkbox"/> Jeringa precargada (1 x 150 mg/ml)	<input type="checkbox"/> Dosis de carga: Inyectar 150 mg de manera subcutánea en las semanas 0, 1, 2, 3 <input type="checkbox"/> Mantenimiento: Inyectar 150 mg de manera subcutánea en la semana 4, luego cada cuatro semanas en adelante	28 días 28 días	CERO _____

*PROGRAMA COVERED UNTIL YOU'RE COVERED: Los pacientes elegibles deben tener un seguro comercial, una receta válida para acceder a COSENTYX y una denegación de cobertura del seguro basada en una solicitud de autorización previa. El Programa exige la presentación de una apelación dentro de los 90 días después de la inscripción. Consulte los Términos y Condiciones del Programa en la página 3. Comprendo que el Programa Covered Until You're Covered fue diseñado para ayudar a los pacientes a quienes se les denegó la cobertura del seguro para COSENTYX durante dos años como máximo hasta que dicha cobertura esté asegurada, y confirmo que ayudaré al paciente indicado con anterioridad en sus esfuerzos por asegurar dicha cobertura como lo considere adecuado. Certifico que el tratamiento anterior es médicamente necesario y que la información suministrada es precisa a mi leal saber y entender. Certifico que soy el prescriptor que le recetó COSENTYX al paciente identificado con anterioridad. He analizado el Programa COSENTYX® Connect con mi paciente, quien me autorizó en virtud de la HIPAA y de la legislación del estado a divulgar su información a Novartis con el fin limitado de inscribirse en COSENTYX® Connect. Para completar esta inscripción, Novartis puede comunicarse con el paciente por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico. También acepto recibir comunicaciones, incluidos faxes, relacionados con la inscripción de mi paciente o mi participación en el Programa COSENTYX® Connect. El prescriptor debe cumplir con sus requisitos específicos para recetar de acuerdo con el estado, como ser el uso de recetas electrónicas, formularios de receta específicos del estado, lenguaje de fax, etc. La falta de cumplimiento de los requisitos específicos del estado podría dar lugar a la divulgación al prescriptor. Autorizo a Novartis Pharmaceuticals Corporation y a sus proveedores de servicios, como también a Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. (NPAF) y sus proveedores de servicios a transmitir la receta anterior por cualquier medio que se permita en virtud de la legislación vigente a la farmacia especializada adecuada para mi paciente. Acepto la Autorización a la NPAF que figura en la página 3.

EL FORMULARIO NO SE PUEDE PROCESAR SIN LA FIRMA Y LA FECHA

FIRMA DEL PRESCRIPTOR Jane Doe **FECHA** 02/07/2022
 Surtir tal como se indica por escrito (sin sellos) (MM/DD/AAAA)
FIRMA DEL PRESCRIPTOR _____ **FECHA** _____
 Sustitución permitida (sin sellos) (MM/DD/AAAA)

ATENCIÓN: Respete las pautas de recetado de su estado para la realización de recetas electrónicas (si corresponde).