

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® (secukinumab) 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 autodialed or prerecorded and are not a condition of purchase. (Optional, please see page 3)

PATIENT OR PARENT/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. ADDITIONAL 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 to: Cimzia®, Enbrel®, Humira®, Remicade®, Simponi®, Stelara®, Taltz®, or other biologic treatments, or to phototherapy, methotrexate, sulfasalazine, NSAIDs (diclofenac, ibuprofen, etc.)? Yes, list drug name(s): _____ No
 Excluding COSENTYX, has the patient previously taken 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, list drug name(s): _____

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	ZERO 12 refills, or _____ refills
COSENTYX 300 mg <input type="checkbox"/> UnoReady® (1x300 mg/2 mL) <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	ZERO 12 refills, or _____ refills
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	ZERO 12 refills, or _____ refills
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	ZERO 12 refills, or _____ refills

*The Covered Until You're Covered Program is available for COSENTYX® (secukinumab) subcutaneous injection only. 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

OR

PRESCRIBER SIGNATURE

Dispense as Written (No Stamps)

Substitution Permitted (No Stamps)

DATE

(MM/DD/YYYY)

DATE

(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 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 directamente 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 la NPAF por la prestación de determinados aspectos de los Servicios, como medicamentos o recordatorios de resurtido, según mi estado de inscripción o participación. Una vez que autorice la divulgación de mi Información personal, 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 1-844-267-3689 o escribo a:

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 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 de comercialización 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 ayudarle a comenzar con COSENTYX®. Después de que surta su receta, recibirá recordatorios, educación 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 Inicial. 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 la Política de Privacidad de Novartis Pharmaceuticals Corporation completa 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 las personas con seguro privado. El Programa de copagos 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. El Programa no es válido: (i) en virtud de 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 el costo total 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 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 requisitos vigentes de su plan médico relacionados 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 el 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.

Términos y condiciones del Programa Covered Until You're Covered

*El Programa Covered Until You're Covered está disponible solo para la inyección subcutánea de COSENTYX® (secukinumab). Los pacientes elegibles deben tener un seguro comercial, una receta para COSENTYX válida 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 elegibles COSENTYX por hasta dos años o hasta que reciban la aprobación de la cobertura del seguro, lo que ocurra primero. Es necesario presentar una receta válida que se ajuste a la ficha técnica aprobada por la FDA. 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 la 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 aún 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 de la Novartis Patient Assistance Foundation (NPAF) PARA EL MÉDICO

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 arriba al paciente mencionado 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 los padres/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 Madre
 Dirección 1246 Hanson Way Ciudad Raleigh Estado NC Código postal 23645
 Teléfono celular 919-123-5555 ACEPTO que me dejen mensajes sobre COSENTYX® (secukinumab) Teléfono secundario 919-123-4567 ACEPTO que me dejen mensajes sobre COSENTYX®
 Correo electrónico (necesario para la inscripción en copagos) JDoe@yahoo.com Idioma preferido Inglés Español Otro

Autorización del paciente (obligatoria)

Confirmando 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 del Programa de asistencia con los copagos de la página 3.

El programa COSENTYX® Connect incluye llamadas y mensajes de texto para ayudarle a comenzar con COSENTYX. Después de su receta, recibirá recordatorios, educación 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 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)

FIRMA DEL PACIENTE O PADRES/TUTOR LEGAL

Jane Doe

FECHA 01/15/2023
(MM/DD/AAAA)

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 ser completada por el paciente o los padres/tutor legal) – OBLIGATORIO

Marque la casilla adecuada: Sin asegurar Asegurado Si está asegurado, marque una de las siguientes opciones: Proporcionar la información a continuación Copia de las tarjetas del seguro médico principal y de recetas adjunta (frente y reverso)
 Nombre del beneficiario/titular de la tarjeta Jane A. Doe Seguro para recetas Express Scripts
 Seguro médico principal Blue Cross Blue Shield N.º de teléfono 1-866-966-5777 N.º de grupo de recetas 12345
 ID del seguro médico principal YPYW12345678 Número de 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 ser completadas por el prescriptor) – OBLIGATORIO EXCEPTO DONDE SE LO INDIQUE

Nombre del prescriptor John Smith, MD Nombre de la institución (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 el consultorio Beth Dunn Teléfono del consultorio 919-333-5323 Fax del consultorio 919-212-1221
 Correo electrónico del consultorio (opcional) BDunn@RaleighDerm.com

4. INFORMACIÓN ADICIONAL – OBLIGATORIO

Diagnóstico principal/Códigos de ICD-10-CM: (marque una opción) – OBLIGATORIO L40.0 Psooriasis en placas L40.5 Artritis psoriásica L40.54 Artropatía juvenil 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 para Cimzia®, Enbrel®, Humira®, Remicade®, Simponi®, Stelara®, Taltz® u otros tratamientos biológicos o para fototerapia, metotrexato, sulfasalazina, AINE (diclofenac, ibuprofeno, etc.)? Sí, indique el nombre de los medicamentos _____ No
 Si excluimos a COSENTYX, ¿ha tomado el paciente anteriormente AINE, FAME 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, indique el nombre de los medicamentos _____

5. SELECCIONE EL TIPO DE RECETA – OBLIGATORIO

MARQUE EL TIPO DE RECETA (DEBE MARCAR AMBAS OPCIONES PARA LA FARMACIA DE SURTIDO Y LA RECETA DE TRANSICIÓN):
 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 Consultorio, 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 de medición del peso: 2/7/2023

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	Resurtidos
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 por vía subcutánea en las semanas 0, 1, 2, 3 <input type="checkbox"/> Mantenimiento: Inyectar 150 mg por vía subcutánea en la semana 4; luego, en adelante, cada cuatro semanas	28 días 28 días	CERO 12 resurtidos o _____ resurtidos
COSENTYX 300 mg <input checked="" type="checkbox"/> UnoReady® (1 x 300 mg/2 ml) <input 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 por vía subcutánea en las semanas 0, 1, 2, 3 <input checked="" type="checkbox"/> Mantenimiento: Inyectar 300 mg por vía subcutánea en la semana 4; luego, en adelante, cada cuatro semanas	28 días 28 días	CERO 12 resurtidos o <u>11</u> resurtidos
Pediatría	Administración de la dosis	Cantidad	Resurtidos
COSENTYX 75 mg (peso <50 kg) <input type="checkbox"/> Jeringa precargada (1 x 75 mg/ml)	<input type="checkbox"/> Dosis de carga: Inyectar 75 mg por vía subcutánea en las semanas 0, 1, 2, 3 <input type="checkbox"/> Mantenimiento: Inyectar 75 mg por vía subcutánea en la semana 4; luego, en adelante, cada cuatro semanas	28 días 28 días	CERO 12 resurtidos o _____ resurtidos
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 por vía subcutánea en las semanas 0, 1, 2, 3 <input type="checkbox"/> Mantenimiento: Inyectar 150 mg por vía subcutánea en la semana 4; luego, en adelante, cada cuatro semanas	28 días 28 días	CERO 12 resurtidos o _____ resurtidos

*El Programa Covered Until You're Covered está disponible solo para la inyección subcutánea de COSENTYX® (secukinumab). Los pacientes elegibles deben tener un seguro comercial, una receta para COSENTYX válida 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. Comprenda 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 ayudará 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 y/o correo electrónico. También acepto recibir comunicaciones, incluso por fax, en relación con la inscripción de mi paciente o mi participación en el Programa COSENTYX® Connect. El prescriptor debe cumplir con los requisitos específicos del estado para emitir la receta, 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 un contacto directo con el prescriptor. Autorizo a Novartis Pharmaceuticals Corporation y a sus proveedores de servicios, como así también a la 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 UNA FIRMA Y LA FECHA

FIRMA DEL PRESCRIPTOR John Smith, MD **FECHA** 02/07/2023
 O BIEN **Surtir tal como se indica por escrito (sin sellos)** (MM/DD/AAAA)
FIRMA DEL PRESCRIPTOR _____ **FECHA** _____ (MM/DD/AAAA)
 Sustitución permitida (sin sellos)