

Formulario de inscripción de Asistencia al paciente de Sandoz (SPA)

Visite us.sandoz.com/pap para obtener una lista completa de medicamentos y requisitos de ingresos para ver si es elegible.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

- Residir en los Estados Unidos o en un territorio de los EE. UU.
- Tener una cobertura de seguro limitada o nula
- Cumplir con las pautas de ingresos para el medicamento por el cual el paciente solicita asistencia (visite us.sandoz.com/pap)
- Tener una receta válida para el medicamento de Sandoz
- Ser tratado por un proveedor de atención médica de EE. UU. con licencia

DOCUMENTOS DE RESPALDO

- Información del seguro: copias del anverso y reverso de todas las tarjetas de seguro (por ejemplo, médico, farmacia, etc., si no completó la Sección 2 en la página 2)
- Autorización previa (PA): incluya todos los resultados de PA y Apelación con el envío de la Solicitud del prescriptor. El prescriptor debe gestionar cualquier PA que sea exigida por las compañías de seguros.
- Investigación de beneficios (BI): incluya todos los resultados de BI con la Solicitud del prescriptor (si está disponible).

Instrucciones para el paciente

- Visite us.sandoz.com/pap para ver si puede ser elegible para el programa.
- Verifique su solicitud y asegúrese de que todos los campos estén completos o marcados como N/A.
- Lea la Autorización del paciente y los Términos y condiciones en las páginas 3 y 4.
- Firme y feche la solicitud del paciente en la página 4.

Instrucciones para el prescriptor

- Envíe por fax la página de Solicitud del prescriptor completa y toda la documentación de respaldo.
- El prescriptor debe enviar por fax una receta por separado junto con la Solicitud del prescriptor.
- Incluya los resultados de la investigación de beneficios para el paciente (si están disponibles).
- Gestione cualquier Autorización previa (PA) que sea exigida por las compañías de seguros.
 - Incluya todos los resultados de PA y Apelación con el envío de la Solicitud del prescriptor.
- Lea la confirmación, firme y feche el formulario en la página 5.

**Las solicitudes DEBEN completarse de forma total y precisa.
Cualquier información que falte resultará en un retraso en el trámite
o en la denegación de la solicitud.**

**Envíe por fax o correo postal el formulario completado y los documentos de respaldo a:
Fax: 1-855-530-1382 -O- Correo postal: Sandoz Patient Assistance, 2250 Perimeter Park Drive,
Suite 300, Morrisville, NC 27560**

Para recibir ayuda sobre cómo completar el formulario o si tiene preguntas sobre el programa, llame al **1-833-4SANDOZ (1-833-472-6369)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora de la montaña.

ENVÍE ESTA PÁGINA

Formulario de inscripción de Asistencia al paciente de Sandoz (SPA)

SANDOZ A Novartis Division

A SER COMPLETADO POR EL PACIENTE: Toda la información es obligatoria.

Soy un paciente nuevo Me estoy volviendo a inscribir

1. Información del paciente

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ Género: _____

Vive en los EE. UU. o un territorio: Sí No Correo electrónico: _____

Línea de dirección 1: _____ Línea de dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º celular: _____ N.º fijo: _____

Nombre del empleado: _____

Si el paciente es menor de edad, proporcione la siguiente información:

Nombre del padre/madre/tutor: _____ Apellido: _____

N.º de teléfono: _____ Parentesco: _____

Información del seguro (complete para TODOS los seguros disponibles O envíe copias del anverso y reverso de TODAS las tarjetas de seguro)

No tengo cobertura de medicamentos recetados.

Seguro de prescripción primario: _____ Nombre del plan _____

N.º de póliza: _____ Teléfono: _____

Seguro médico primario: _____ Nombre del plan:: _____

N.º de póliza:: _____ Teléfono: _____

3. Información financiera

Ingreso anual bruto total

Todo el hogar: \$ _____

Tamaño del hogar

Incluido usted mismo, el número de personas que viven en su hogar y dependen de los ingresos de su hogar: _____

Formulario de autorización del paciente

Los pacientes deben leer la Autorización del paciente, marcar las casillas de autorización deseadas y devolver ambas páginas del formulario a Asistencia al paciente de Sandoz.

El formulario completado puede enviarse por fax al 1-855-530-1382 o enviarse por correo postal a Sandoz Patient Assistance, 2250 Perimeter Park Drive, Suite 300, Morrisville, NC 27560.

Autorizo a mis proveedores de atención médica (HCP), farmacias, aseguradoras de salud, contratistas externos y proveedores de servicios a divulgar mi información personal, incluida información sobre mi seguro, recetas, condición médica y salud ("Información personal") a Sandoz, sus afiliados, socios comerciales y agentes (en conjunto, "Sandoz") para que Sandoz pueda (i) ayudar a verificar o coordinar la cobertura de seguro u obtener el pago de mi tratamiento con un producto de Sandoz, (ii) coordinar mi recibo y el pago de mi producto de Sandoz recetado, (iii) proporcionar o facilitar mi acceso a mi producto de Sandoz recetado, (iv) proporcionarme información sobre un producto de Sandoz, información sobre enfermedades, programas de manejo y materiales educativos, (v) gestionar el Programa de asistencia al paciente de Sandoz, (vi) proporcionarme recordatorios de adherencia y apoyo, (vii) realizar controles de calidad, encuestas y otras actividades comerciales internas en relación con Asistencia al paciente de Sandoz (SPA) y (viii) enviarme información sobre programas que podría ayudarme a pagar mis medicamentos, y para coordinar y compartir mi información personal con mis proveedores de atención médica, otros programas que podrían ayudarme a pagar los medicamentos, agencias gubernamentales y compañías de seguros con el fin de brindar o facilitar esta asistencia.

Doy permiso a Sandoz para divulgar mi información personal a mis proveedores de atención médica, farmacias, aseguradoras de salud, cuidadores y otros contratistas o proveedores de servicios externos para los fines descritos anteriormente.

Entiendo que mi farmacia, mi(s) asegurador(es) de salud y proveedores de atención médica pueden recibir una remuneración (pago) de Sandoz a cambio de divulgar mi información personal a Sandoz o brindarme servicios de apoyo terapéutico.

Entiendo que, una vez que se divulgue mi información personal, es posible que esta ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales y estatales. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. También puedo revocar (retirar) esta autorización con respecto a la SPA en cualquier momento en el futuro llamando al 1-833-472-6369.

Mi rechazo o futura revocación no afectará el inicio o la continuación de mi tratamiento por parte de mis médicos; sin embargo, si revoco esta autorización, es posible que ya no pueda participar en la SPA o los programas gestionados por Sandoz. Si revoco esta autorización, Sandoz dejará de usar o compartir mi información (excepto cuando sea necesario para finalizar mi participación en el programa), pero mi revocación no afectará los usos y divulgaciones de Información personal divulgada anteriormente en virtud de esta autorización. Entiendo que esta autorización seguirá siendo válida por cinco (5) años después de la fecha de mi firma, a menos que la revoque antes. También entiendo que la SPA o los programas gestionados por Sandoz pueden cambiar o finalizar en cualquier momento sin previo aviso. Entiendo que puedo recibir una copia de esta autorización.

Acepto que Sandoz se comunique conmigo por correo postal, correo electrónico, llamadas telefónicas y mensajes de texto a los números y direcciones proporcionados en el formulario de inscripción de pacientes de la SPA para todos los fines descritos en esta Autorización del paciente. También acepto ser contactado por Sandoz y otros en su nombre mediante llamadas telefónicas y mensajes de texto realizados mediante un sistema de marcación telefónica automática o voz pregrabada, a los números proporcionados en este formulario, para todos los fines no comerciales, incluyendo, entre otros, enviarme materiales y solicitar mi participación en encuestas.

Confirmando que soy el abonado de los números de teléfono proporcionados y el usuario autorizado de las direcciones de correo electrónico proporcionadas, y acepto notificar a Sandoz de inmediato si alguno de mis números o direcciones cambia en el futuro.

Entiendo que se pueden aplicar las tarifas de datos y mensajes de mi proveedor de servicios inalámbricos.

Entiendo que Sandoz no permite que mi información personal sea utilizada por sus socios comerciales para sus propios fines de marketing por separado. Entiendo y acepto que la información personal transmitida por correo electrónico y teléfono celular no puede protegerse contra el acceso no autorizado.

Consentimiento de la Ley de Protección al Consumidor de Teléfonos (TCPA): Doy mi consentimiento para recibir llamadas y mensajes de texto de marketing y no marketing de y en nombre de Sandoz, realizados con un marcador automático o voz pregrabada, en los números de teléfono proporcionados. Entiendo que mi consentimiento no es obligatorio ni una condición de compra. La cantidad de mensajes variará según sus selecciones de programas; un promedio de 1-2 mensajes por semana. Se pueden aplicar tarifas por mensajes y datos. Política de privacidad en us.sandoz.com/privacy-policy. Envíe un mensaje de texto con la palabra STOP para optar por no participar y la palabra HELP para obtener ayuda.

Autorización de la Ley de Informe Justo de Crédito (FCRA): Entiendo que estoy proporcionando "instrucciones por escrito" que autorizan a SPA y a su proveedor, conforme a la FCRA, a obtener información de mi perfil crediticio u otra información de Experian Health, únicamente con el fin de determinar las calificaciones financieras para los programas administrados por la SPA. Entiendo que debo estar de acuerdo afirmativamente con estos términos para continuar con este proceso de evaluación financiera. Prometo que cualquier información, incluida la información financiera y de seguros que brinde, es completa y verdadera y, a menos que haya indicado lo contrario, no tengo cobertura de seguro de medicamentos, que incluye Medicaid, Medicare o cualquier programa de asistencia pública o privada o cualquier otra forma de seguro. Si cambian mis ingresos o mi cobertura de salud, llamaré a SPA al 1-833-472-6369. Si soy elegible, me gustaría ser considerado para los programas gestionados por Sandoz.

Términos y condiciones de Asistencia al paciente de Sandoz (SPA): SPA proporciona medicamentos gratuitos a los pacientes que califican. La participación en nuestro programa es gratuita. La asistencia para medicamentos depende de su capacidad para cumplir con los criterios de elegibilidad para nuestro programa según lo determinado por SPA. SPA no tiene ninguna obligación de proporcionarle los servicios del programa y no es responsable de la prestación de estos servicios. Los pacientes con planes de seguro o empleadores que les exijan solicitar el programa de asistencia al paciente de un fabricante como condición, requisito o prerrequisito para la cobertura de los productos de Sandoz relevantes, o que los planes de seguro o los empleadores nieguen, restrinjan, eliminen, retrasen o retengan cualquier beneficio de seguro o cobertura supeditada a la solicitud o denegación de elegibilidad para la cobertura de recetas de medicamentos especializados a través de SPA no son elegibles para el programa de SPA. Usted acepta informar a SPA si es miembro de dicho plan de seguro o si presenta una solicitud a SPA en nombre de un paciente que es miembro de dicho plan de seguro. El programa puede ser cambiado o discontinuado sin previo aviso. No solicitará el reembolso de ningún producto expedido bajo el programa. Debe notificar al programa si su seguro o situación financiera cambia. Si es miembro de un plan de Medicare que incluye un plan de medicamentos recetados de Medicare y califica para la asistencia del programa, usted: (i) será elegible para obtener el medicamento del programa por un período de un año calendario (ii) no comprará este medicamento bajo su plan de Medicare mientras esté inscrito en el programa; (iii) no presentará reclamaciones ni buscará crédito de desembolso real (TrOOP) por el medicamento proporcionado durante su inscripción. Si tiene preguntas, desea actualizar su información o cancelar su inscripción, llame al 1-833-4SANDOZ (1-833-472-6369).

Confirmando que la información que proporcioné es completa y precisa y que he leído y acepto la Autorización del paciente y los Términos y condiciones en las páginas 3 y 4.

Nombre del paciente (en letra imprenta): _____

Firma del paciente aquí: _____ Fecha (mm/dd/aaaa): _____
(OBLIGATORIO) (OBLIGATORIO)

Si el paciente es menor de edad, el padre/madre/tutor del paciente debe firmar a continuación:

Padre/madre/tutor: _____ Fecha (mm/dd/aaaa): _____

Formulario de inscripción de Asistencia al paciente de Sandoz (SPA)

A SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA: Toda la información es obligatoria.

 Razón por la que el paciente solicita SPA: Sin cobertura de seguro Copago inasequible para el paciente Medicamento no cubierto

1. Receta *(complete una copia de esta página para cada medicamento y dosis que solicite)*

Nombre del paciente: _____ Apellido del paciente: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ Código de ICD: _____

Nombre del producto: _____ Concentración: _____

Indicaciones para el paciente: _____ Cantidad: _____ Días de suministro: _____

 Surtido por primera vez: Sí No Cantidad de resurtidos (máximo de 11): _____ Primera fecha anticipada de surtido: _____

 Alergias del paciente: _____ o ninguno

 Lista de medicamentos actuales del paciente: _____ o ninguno

2. Información del HCP *(la dirección que proporcione aquí se utilizará para enviar medicamentos de infusión. Los medicamentos autoadministrados se enviarán directamente al paciente).*

Nombre: _____ Apellido: _____

Nombre del centro: _____ Contacto del centro: _____

Línea de dirección 1: _____ Línea de dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

N.º de ID de contribuyente: _____ N.º de NPI: _____

N.º de licencia estatal: _____ Vencimiento (mm/aaaa): _____ N.º de DEA: _____

Número de acceso de transacción del proveedor (PTAN) (obligatorio si el paciente tiene Medicare): _____

3. Certificación y firma del prescriptor

Certifico que la terapia anterior es médicamente necesaria y que esta información es precisa a mi leal saber y entender. Autorizo a Sandoz como mi agente designado con el fin de realizar los pasos necesarios para obtener el reembolso del medicamento indicado, incluidos, entre otros, la verificación del seguro, la realización de una verificación o investigación de beneficios, la evaluación del caso, utilizando este formulario para obtener información de la aseguradora del paciente mencionado anteriormente y autorizo a Asistencia al paciente de Sandoz (SPA), Sandoz o sus empresas afiliadas o subcontratistas, incluida la farmacia especializada dentro de la red para el paciente mencionado anteriormente. Además, certifico y garantizo lo siguiente: Esta solicitud ha sido preparada exclusivamente por mí o por mi consultorio. Obtuve una autorización por escrito del paciente identificado en esta solicitud para divulgar la información médica personal (PHI) del paciente, incluidas la información relacionada con la condición médica del paciente y los medicamentos recetados y la información divulgada en el formulario de inscripción de este paciente, así como la información incluida en esta solicitud a Sandoz a efectos de solicitud e inscripción en SPA. Le he proporcionado al paciente los avisos necesarios para cumplir con todas las leyes federales y estatales relacionadas con la privacidad de la información de salud, incluida, entre otras, la HIPAA. Además, certifico que (a) cualquier servicio proporcionado a través de Sandoz en nombre de cualquier paciente no se realiza a cambio de ningún acuerdo o entendimiento explícito o implícito de que yo recomendaría, prescribiría o usaría el medicamento indicado o cualquier otro producto o servicio de Sandoz para cualquier persona, y (b) mi decisión de recetar el medicamento anterior se basó únicamente en mi determinación de necesidad médica como se establece en este documento. No presentaré un reclamo de seguro u otro reclamo de reembolso a ningún gobierno o gastos reales de bolsillo (TROOP). Notificaré a Sandoz inmediatamente si me doy cuenta de que el estado de ingresos o seguro de este paciente ha cambiado. Verifico que la información que he proporcionado es precisa y completa a mi leal saber y entender.

Certifico que cualquier medicamento recibido se utilizará únicamente para el paciente nombrado en este formulario y no se ofrecerá para la venta, intercambio o trueque. Además, no se presentará ninguna reclamación de reembolso con respecto a dicho medicamento, ni se devolverá ningún medicamento para recibir crédito. Reconozco que SPA es exclusivamente para fines de atención al paciente y no de remuneración de ningún tipo. Entiendo que SPA puede revisar, cambiar o cancelar programas en cualquier momento. He conversado sobre SPA con mi paciente, quien me ha autorizado en virtud de la HIPAA y la ley estatal a divulgar su información a SPA con el propósito limitado de inscribirse en el programa. Para completar esta inscripción, SPA puede comunicarse con el paciente por teléfono o carta.

Mi firma a continuación indica que he leído, comprendo y acepto la Autorización del proveedor de atención médica y la receta anterior.

Firma del proveedor de atención médica

Fecha (mm/dd/aaaa): _____