

New York prescribers please note: The COSENTYX® Connect Personal Support Program or the Network Specialty Pharmacy will contact you to submit your eRx as they are needed.

1. PATIENT INFORMATION (Section 1 to be completed and signed by patient)

Patient's Name (First, MI, Last) _____
 DOB (MM/DD/YYYY) _____ Sex: M F
 Street Address _____
 City _____ State _____ Zip Code _____
 Patient Primary Phone _____ Mobile Landline
 Patient Alternate Phone _____ Mobile Landline

Patient Email (required for co-pay enrollment) _____
 OK to leave message about COSENTYX® on: Cell Phone Home Phone Authorized Alt. Contact
 Preferred Language: English Spanish Other _____
 Authorized Alternate Contact Name _____
 Authorized Alternate Contact Phone _____ Mobile Landline
 Relationship to Patient _____

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.

I have read and agree to the Patient Authorization on page 2.

PATIENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE & DATE
 _____ Date _____
CANNOT PROCESS FORM WITHOUT THIS COMPLETED Legal signature (MM/DD/YYYY)

Novartis Patient Assistance Foundation, Inc., (NPAF) provides free COSENTYX to eligible uninsured and underinsured patients. 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.

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.

2. INSURANCE INFORMATION (Section 2 to be completed by patient)

Please check appropriate box: Insured Uninsured
 Prescription Insurance _____ ID# _____
 Rx Group # _____ Rx BIN # _____ Rx PCN # _____
 Beneficiary/Cardholder Name _____

Primary Health Insurance _____ Phone # _____
 Primary Health Insurance ID # _____ Group # _____
 Secondary Health Insurance _____ ID # _____ Group # _____

FOR HEALTHCARE PROVIDER USE ONLY

3. PRESCRIBER INFORMATION (Sections 3-7 to be completed by the prescriber)

Prescriber's Name (First, Last) _____
 Office Phone _____ Office Fax _____
 Office Contact Name _____
 Office Email (optional) _____

NPI # _____
 Site Institution Name (optional) _____
 Address _____
 City _____ State _____ Zip Code _____

4. CLINICAL INFORMATION

PRIMARY DIAGNOSIS/ICD-10-CM Codes: (check one)

- L40.00: (Plaque psoriasis)
- M45.0: (Ankylosing spondylitis)
- L40.50: (Arthropathic psoriasis, unspecified)
- M46.80: (Non-radiographic axial spondyloarthritis)
- L40.59: (Other psoriatic arthropathy)
- 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® Skyrizi®
- Stelara® Taltz® Tremfya® Other _____
- Phototherapy Methotrexate Sulfasalazine NSAIDs (diclofenac, ibuprofen, etc)

5. SUPPLEMENTAL INJECTION DEMONSTRATION (Optional)

Prescriber confirms in-office injection training will be provided.
 Request supplemental in-home injection demonstration for patient
 Request supplemental virtual injection demonstration for patient

6. COVERED UNTIL YOU'RE COVERED FREE MEDICATION PRESCRIPTION

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 a prior authorization request. Program requires the submission of an appeal within 90 days after enrollment. **Please complete the full Service Request Form, including steps 1-4 below, and sign. See Program Terms and Conditions on page 3.**

7. NETWORK PHARMACY PRESCRIPTION (Please complete steps 1-4 below and sign)

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

STEP 1: SENSOREADY® PEN **OR** PREFILLED SYRINGE
STEP 2: Inject 300-mg dose subcutaneously (2 injections of 150 mg) **OR** Inject 150 mg dose subcutaneously
STEP 3: INITIAL WEEKLY LOADING DOSE (Weeks 0, 1, 2, 3, and 4)? Yes No
STEP 4: # OF MONTHLY REFILLS (once every 4 weeks)? _____

STEP 1: SENSOREADY® PEN **OR** PREFILLED SYRINGE
STEP 2: Inject 300-mg dose subcutaneously (2 injections of 150 mg) **OR** Inject 150 mg dose subcutaneously
STEP 3: INITIAL WEEKLY LOADING DOSE (Weeks 0, 1, 2, 3, and 4)? Yes No
STEP 4: # OF MONTHLY REFILLS (once every 4 weeks)? _____

FIRST DOSE SHIPPING: Prescriber Address Patient Address

ALL SUBSEQUENT DOSES WILL BE SHIPPED TO THE PATIENT

FIRST DOSE SHIPPING: Prescriber Address Patient Address

ALL SUBSEQUENT DOSES WILL BE SHIPPED TO THE PATIENT

PRESCRIBER CERTIFICATION

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 and that I provided the patient with a description of the COSENTYX® Connect Personal Support Program. I authorize the COSENTYX® Connect Personal Support Program to act on my behalf for the purposes of transmitting this prescription to the appropriate pharmacy designated by the patient utilizing their benefit plan.

I agree to the NPAF Authorization on page 3. I also agree to receive communications, including faxes, related to my patient's enrollment or participation in the COSENTYX® Connect Personal Support Program.

PRESCRIBER CERTIFICATION

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 and that I provided the patient with a description of the COSENTYX® Connect Personal Support Program. I authorize the COSENTYX® Connect Personal Support Program to act on my behalf for the purposes of transmitting this prescription to the appropriate pharmacy. 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 2 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 also agree to receive communications, including faxes, related to my patient's enrollment or participation in the COSENTYX® Connect Personal Support Program.

PRESCRIBER SIGNATURE & DATE
 _____ Date _____
CANNOT PROCESS RX WITHOUT THIS COMPLETED (No Stamp Allowed) (MM/DD/YYYY)

PRESCRIBER SIGNATURE & DATE
 _____ Date _____
CANNOT PROCESS RX WITHOUT THIS COMPLETED (No Stamp Allowed) (MM/DD/YYYY)

Lea atentamente lo siguiente, 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, y sus proveedores de servicios ("Proveedores") a divulgar información relacionada con los beneficios de mi seguro, afección médica, tratamiento y detalles de recetas ("Información personal") a Novartis Pharmaceuticals Corporation, sus afiliados y proveedores de servicios ("Novartis"), y Novartis Patient Assistance Foundation, Inc., y sus proveedores de servicios ("NPAF") para que puedan proporcionar 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 financiera, incluido el copago de Novartis o los programas NPAF y, si estoy inscrito, administrar mi participación en esos programas.
- Comunicarse conmigo acerca de mi medicación y tratamiento, incluidos recordatorios, consejos de salud y estilo de vida, y productos y otra información relacionada. Las comunicaciones pueden personalizarse en función de la información personal obtenida de mis Proveedores.
- Llevar a cabo el control de calidad y otras actividades comerciales internas, y solicitar comentarios relacionados con los Servicios o mi tratamiento.

Al brindar los Servicios, Novartis y NPAF pueden compartir mi Información personal entre ellos, con mis Proveedores o con agencias gubernamentales u otros programas de asistencia financiera que podrían ayudarme a pagar mis medicamentos. Pueden combinar información recopilada de mi parte con información recopilada de otras fuentes, y utilizar esa información para brindar los Servicios. Mis farmacias u otros proveedores de atención médica podrían recibir pagos de Novartis o NPAF por proporcionar ciertos aspectos de los Servicios, como medicamentos o recordatorios de resurtidos según mi inscripción o participación. Una vez que autorice la divulgación de mi información personal, es posible que ya no esté protegida por la ley federal de privacidad de la salud y las leyes estatales aplicables.

Entiendo que no tengo que firmar esta Autorización para obtener mi medicación o cobertura de seguro, que tengo derecho a una copia y que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al 1-844-267-3689 o escribiendo a

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

Customer Interaction Center
Novartis Pharmaceuticals Corporation
One Health Plaza
East Hanover, NJ 07936-1080

Esta autorización vencerá 5 años después de que la firme, o antes si así lo requiere la ley estatal, a menos que la cancele antes. Si lo cancelo, es posible que ya no califique para recibir los Servicios de Novartis o NPAF, pero no afectará el tratamiento de mis Proveedores, ni los beneficios de mi seguro. También entiendo que, si un Proveedor divulga mi Información personal a Novartis o NPAF de manera autorizada y continua, mi cancelación será efectiva con respecto a ese Proveedor, tan pronto como reciba la notificación de mi cancelación. La cancelación no afectará los usos o divulgaciones anteriores.

Acepto por mí mismo y certifico (si corresponde) que mi cuidador acepta recibir llamadas y mensajes de texto que no sean de mercadeo de Novartis o NPAF, incluso a través de un marcador automático o una voz pregrabada, en los números proporcionados.

Términos y condiciones del Programa de asistencia para 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 gasto una vez que se alcance el límite en un año calendario. El Programa no es válido (i) bajo Medicare, Medicaid, TRICARE, VA, DoD ni ningún otro programa de salud estatal o federal, (ii) en el caso de que el paciente no esté usando la cobertura del seguro en absoluto, (iii) en el caso de que el plan del seguro del paciente reembolse el costo total del fármaco o (iv) en el caso de que el producto no esté cubierto por el seguro del paciente. El valor de este programa es exclusivamente para beneficio de los pacientes y tiene el objetivo de acreditarse a las obligaciones por cuenta propia del paciente y máximos, incluidos los copagos, coseguros y deducibles correspondientes. El Programa no es válido donde la ley lo prohíba. El paciente no puede buscar un reembolso por el valor recibido de este programa por parte de otras partes, incluido cualquier programa o plan de seguro médico, cuenta de gastos flexibles o cuenta de ahorros para la salud. El paciente es responsable de cumplir con cualquier limitación y requisito vigentes del plan de salud relacionado con el uso del Programa. Únicamente válido en los Estados Unidos y Puerto Rico. Este Programa no es un seguro médico. El Programa no se puede combinar con ningún reembolso, cupón u oferta de terceros. Se puede exigir comprobante de compra. Novartis se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar el Programa y de 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 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 5 dosis iniciales semanales (si se recetan) y dosis mensuales de forma gratuita a los pacientes hasta por 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 en su totalidad o en parte por Medicare, Medicaid, TRICARE o por cualquier otro programa estatal o federal. Se les puede pedir a los pacientes que verifiquen nuevamente el estado de la cobertura del seguro durante el transcurso del programa. Sin obligación de compra. El Programa no es un seguro médico ni su participación es garantía de la cobertura del seguro. Podrían aplicarse limitaciones. Los pacientes inscritos que esperan la cobertura de COSENTYX después de dos años pueden ser elegibles para una extensión limitada del Programa. Novartis Pharmaceuticals Corporation se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar este Programa sin previo aviso.

Autorización de la Ley de informes crediticios justos (FCRA)

Entiendo que estoy proporcionando "instrucciones escritas" que autorizan a Novartis Patient Assistance Foundation (NPAF) y sus proveedores, según la FCRA, a obtener información de mi perfil crediticio u otra información del proveedor, únicamente con el fin de determinar las calificaciones financieras para programas administrados por NPAF. Entiendo que debo estar de acuerdo de forma afirmativa con estos términos para poder continuar con este proceso de evaluación financiera.

Autorización de Novartis Patient Assistance Foundation (NPAF) PARA EL MÉDICO

Certifico que esta terapia es necesaria desde el punto de vista médico y que esta información es exacta, a mi leal saber y entender. Certifico que soy el proveedor que ha recetado el medicamento que se menciona anteriormente al paciente previamente identificado. A los efectos de transmitir esta receta, autorizo a NPAF y sus afiliados, socios comerciales y agentes a enviar, como mi agente para estos fines limitados, esta receta de forma electrónica, por fax o por correo a las farmacias dispensadoras correspondientes. Certifico que cualquier medicamento recibido se utilizará únicamente para el paciente mencionado en este formulario y no se ofrecerá para la venta, intercambio ni trueque. Además, no se presentará ningún reclamo de reembolso con respecto a este medicamento, ni se devolverá ningún medicamento para obtener crédito. Reconozco que NPAF es exclusivamente para fines de atención al paciente y no para remuneración de ningún tipo. Entiendo que NPAF puede revisar, cambiar o cancelar programas en cualquier momento.

Todos los campos son obligatorios, a menos que se indique lo contrario.

Los profesionales de Nueva York que hagan las recetas deben tener en cuenta: El programa de apoyo personal COSENTYX® Connect o la farmacia especializada de la red se comunicará con usted para enviar su eRx cuando sea necesario.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (La sección 1 será completada y firmada por el paciente)

 Nombre del paciente (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido) Jane A. Doe
 FDN (MM/DD/AAAA) 09/27/1963 Género: M F
 Dirección 1246 Hanson Way
 Ciudad Raleigh Estado NC Código postal 23645
 Teléfono principal del paciente 919-123-5555 Celular Fijo
 Teléfono alternativo del paciente 919-123-4567 Celular Fijo

 Correo elect. del paciente (requerido para la inscripción al copago) JDoe@yahoo.com
 Acepto recibir mensajes sobre COSENTYX® al: Celular Teléfono fijo Contacto autorizado alternativo
 Idioma preferido: Inglés Español Otro
 Nombre del contacto autorizado alternativo Jen B. Sample
 Teléfono del contacto autorizado alternativo 919-321-5555 Celular Fijo
 Relación con el paciente Padre/madre
Autorización del paciente (obligatoria)
 Confirmo que la información proporcionada en este documento es veraz y precisa, a mi leal saber y entender.
 He leído y acepto los Términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos en la página 3.

He leído y acepto la autorización del paciente en la página 2.

FIRMA DEL PACIENTE/ TUTOR LEGAL Y FECHA
 NO SE PUEDE PROCESAR EL FORMULARIO SI ESTO NO ESTÁ COMPLETO
 Firma legal Jane Doe Fecha 11/5/2020
 (MM/DD/AAAA)

Novartis Patient Assistance Foundation, Inc. (NPAF) ofrece COSENTYX gratis a pacientes elegibles sin seguro o con seguro insuficiente. Se recibirá recordatorios, capacitación y consejos de estilo de vida por correo o correo electrónico. También puede obtener esta ayuda continua a través de llamadas y mensajes de texto si marca la casilla a continuación.

 He leído y acepto la autorización de la Ley de informes crediticios justos (FCRA) en la página 3.

El programa COSENTYX® Connect incluye llamadas y mensajes de texto para ayudarlo a comenzar con COSENTYX. Después de surtir su receta, recibirá recordatorios, capacitación y consejos de estilo de vida por correo o correo electrónico. También puede obtener esta ayuda continua a través de llamadas y mensajes de texto si marca la casilla a continuación.

 Acepto recibir recordatorios recurrentes, consejos y más a través de llamadas y mensajes de texto al número de teléfono proporcionado. Comprendo que las llamadas o los mensajes de texto se pueden marcar automáticamente o pregrabar y no son una condición para la compra.

2. INFORMACIÓN DEL SEGURO (La sección 2 será completada por el paciente)

 Marque la casilla correspondiente: Con seguro Sin seguro
 Seguro de la receta Express scripts ID N.º W12345678
 N.º del grupo de Rx 12345 Rx N.º DE BIN 987654 N.º de la red de at. prim. de Rx 6789
 Nombre del beneficiario/duenio de la tarjeta Jane A. Doe

 Seguro primario de salud Blue Cross Blue Shield N.º de tel. 1-866-966-5777
 N.º de ID del seguro primario de salud YPYW12345678 N.º de grupo 12345
 Seguro secundario de salud Aetna N.º de ID 12345 N.º de grupo 12345
PARA USO EXCLUSIVO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA
3. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR (Las secciones 3-7 serán completadas por el proveedor)

 Nombre del proveedor (Primer nombre, Apellido) John Doe, MD
 Teléfono de la ofic. 919-333-5323 Fax de la ofic. 919-212-1221
 Nombre de contacto de la ofic. Beth Dunn
 Correo electr. de la ofic. (opcional) BDunn@RaleighDerm.com

 N.º de NPI 123456789
 Nombre de institución (opcional) Raleigh Dermatology
 Dirección 1468 Raleigh Rd.
 Ciudad Raleigh Estado NC Código postal 27529
4. INFORMACIÓN CLÍNICA
DIAGNÓSTICO PRIMARIO/CÓDIGOS CIE-10-CM: (marque uno)

-
- L40.00: (Psoriasis en placa)
-
- M45.0: (Espondiloartritis anquilosante)
-
-
- L40.50: (Psoriasis artropática, no especificada)
-
- M46.80: (Espondiloartritis axial no radiográfica)
-
-
- L40.59: (Otra artropatía psoriásica)
-
- Otros Códigos CIE-10-CM: _____

Diagnóstico secundario/Áreas o manifestaciones especiales (opcional) Afectación ungueal, de PsA y axial
 ¿Ha participado el paciente en un ensayo clínico de COSENTYX? Sí No
 El paciente ha sido tratado previamente con un producto biológico para la afección diagnosticada. Sí No
 Si el paciente ha sido tratado con una terapia biológica o de otro tipo, responda las siguientes preguntas
 Excluyendo COSENTYX, ¿este paciente tiene alguna contraindicación, intolerancia o alergia a a, Enbrel®, Humira®, Remicade®, Simponi®, Stelara®, Taltz® u otros tratamientos biológicos, o a la Fototerapia, Metotrexato, sulfasalazina, AINE (diclofenaco, ibuprofeno, etc.)? Sí No

Aparte de COSENTYX, ¿este paciente ha documentado el fracaso de la eficacia de un ensayo adecuado con AINE, FARME u otros tratamientos?

 Sí No

En caso afirmativo, indique qué medicamento(s):

-
- Cimzia®
-
- Enbrel®
-
- Humira®
-
- Otezla®
-
-
- Remicade®
-
- Rinvoq™
-
- Simponi®
-
- Skyrizi®
-
-
- Stelara®
-
- Taltz®
-
- Tremfya®
-
- Otro _____
-
-
- Fototerapia
-
- Metotrexato
-
- Sulfasalazina
-
- AINE (diclofenaco, ibuprofeno, etc.)

5. DEMOSTRACIÓN DE INYECCIÓN COMPLEMENTARIA (Opcional)

El médico confirma que se proporcionará capacitación sobre inyecciones en el consultorio.

-
- Solicite una demostración de inyección complementaria en el hogar para el paciente
-
-
- Solicite una demostración de inyección virtual complementaria para el paciente

7. RECETA DE FARMACIA DE LA RED (Complete los pasos 1 a 4 a continuación y firme)

 Farmacia especializada preferida de HCP (opcional): Farmacia especializada X
 La receta del paciente se ha enviado a la farmacia especializada indicada anteriormente.

- PASO 1:**
-
- PlumaSENSOREADY®
-
- JERINGA PRECARGADA
-
- PASO 2:**
-
- Inyecte una dosis de 300 mg por vía subcutánea (2 inyecciones de 150 mg)
-
- Inyecte una dosis de 150 mg por vía subcutánea
-
- PASO 3:**
- DOSIS DE CARGA SEMANAL INICIAL (Semanas 0, 1, 2, 3, y 4)?
-
- Sí
-
- No
-
- PASO 4:**
- CANT. DE RESURTIDOS MENSUALES (una vez cada 4 semanas)?
- 3

 ENVÍO DE PRIMERA DOSIS: Dirección del proveedor Dirección del paciente
TODAS LAS DOSIS POSTERIORES SE ENVIARÁN AL PACIENTE.
CERTIFICADO DEL PROVEEDOR

Certifico que la terapia anterior 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 COSENTYX al paciente previamente identificado y que le proporcioné una descripción del Programa de apoyo personal COSENTYX® Connect. Autorizo al Programa de apoyo personal COSENTYX® Connect para que actúe en mi nombre con el fin de transmitir esta receta a la farmacia correspondiente designada por el paciente usando su plan de beneficios.

Acepto la autorización de NPAF en la página 3. También acepto recibir comunicaciones, incluidos faxes, en relación con la inscripción o participación de mi paciente en el Programa de apoyo personal COSENTYX® Connect.

FIRMA DEL PROVEEDOR Y FECHA
 NO SE PUEDE PROCESAR LA RX SI ESTO NO ESTÁ COMPLETO
 Dr. John Doe Fecha 11/5/2020
 (No se permite sello) (MM/DD/AAAA)

6. COVERED UNTIL YOU'RE COVERED - RECETA DE MEDICAMENTO GRATIS

 Programa Covered Until You're Covered: Los pacientes elegibles deben tener un seguro comercial, una receta válida para COSENTYX y una denegación de cobertura de la cobertura de la solicitud de autorización previa. El programa requiere la presentación de una apelación dentro de los 90 días posteriores a la inscripción. **Complete el formulario de solicitud de servicio completo, incluidos los pasos 1 a 4 a continuación, y firme. Consulte los Términos y condiciones del programa en la página 3.**

- PASO 1:**
-
- PlumaSENSOREADY®
-
- JERINGA PRECARGADA
-
- PASO 2:**
-
- Inyecte una dosis de 300 mg por vía subcutánea (2 inyecciones de 150 mg)
-
- Inyecte una dosis de 150 mg por vía subcutánea
-
- PASO 3:**
- DOSIS DE CARGA SEMANAL INICIAL (Semanas 0, 1, 2, 3, y 4)?
-
- Sí
-
- No
-
- PASO 4:**
- CANT. DE RESURTIDOS MENSUALES (una vez cada 4 semanas)?
- 3

 ENVÍO DE PRIMERA DOSIS: Dirección del proveedor Dirección del paciente
TODAS LAS DOSIS POSTERIORES SE ENVIARÁN AL PACIENTE.
CERTIFICADO DEL PROVEEDOR

Certifico que la terapia anterior 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 COSENTYX al paciente previamente identificado y que le proporcioné una descripción del Programa de apoyo personal COSENTYX® Connect. Autorizo al Programa de apoyo personal COSENTYX® Connect para que actúe en mi nombre con el fin de transmitir esta receta a la farmacia correspondiente. Entiendo que el programa Covered Until You're Covered está diseñado para ayudar a los pacientes a los que se les niega la cobertura de seguro de COSENTYX durante un máximo de 2 años hasta que se asegure dicha cobertura, y confirmo que apoyaré al paciente identificado anteriormente en la búsqueda de dicha cobertura, según lo considere apropiado.

También acepto recibir comunicaciones, incluidos faxes, en relación con la inscripción o participación de mi paciente en el Programa de apoyo personal COSENTYX® Connect.

FIRMA DEL PROVEEDOR Y FECHA
 NO SE PUEDE PROCESAR LA RX SI ESTO NO ESTÁ COMPLETO
 Dr. John Doe Fecha 11/5/2020
 (No se permite sello) (MM/DD/AAAA)