

**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.  
**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"/> <b>Loading Dose:</b> Inject 150 mg subcutaneously on Weeks 0, 1, 2, 3 <input type="checkbox"/> <b>Maintenance:</b> 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"/> <b>Loading Dose:</b> Inject 300 mg subcutaneously on Weeks 0, 1, 2, 3 <input type="checkbox"/> <b>Maintenance:</b> 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"/> Sensoready® (1x75 mg/mL) <input type="checkbox"/> Prefilled Syringe (1x75 mg/mL)	<input type="checkbox"/> <b>Loading Dose:</b> Inject 75 mg subcutaneously on Weeks 0, 1, 2, 3 <input type="checkbox"/> <b>Maintenance:</b> 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"/> <b>Loading Dose:</b> Inject 150 mg subcutaneously on Weeks 0, 1, 2, 3 <input type="checkbox"/> <b>Maintenance:</b> 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 SIGNATURE AND DATE**

PRESCRIBER SIGNATURE \_\_\_\_\_  DATE \_\_\_\_\_  
 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 así también a sus proveedores de servicios (“Proveedores”) a divulgar información relacionada con mis beneficios de seguro, afección, tratamiento y detalles de recetas (“Información personal”) a Novartis Pharmaceuticals Corporation, sus filiales y proveedores de servicios (“Novartis”) y a 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 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 de gobierno u otros programas de asistencia financiera que pudieran 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 de 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, 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:

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, podría ya no cumplir con los requisitos para acceder a los Servicios de Novartis o de 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 parte de Novartis o de 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 COSENTYX® Connect incluye llamadas y mensajes de texto para ayudarlo 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 toda la Política de Privacidad de Novartis Pharmaceuticals Corporation en [www.usprivacy.novartis.com](http://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) 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 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 los máximos de bolsillo 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 vigentes de su plan médico, en relación 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**

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 cinco dosis semanales iniciales (según la receta) y dosis mensuales gratuitas 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 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 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 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 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 Padre

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 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 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 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 información a continuación **O**  
 Copia de las tarjetas médicas y de recetas principales adjuntas (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 INDICA**

Nombre del prescriptor John Smith, 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

**4. INFORMACIÓN ADICIONAL – OBLIGATORIO**

**Diagnóstico principal/Códigos de ICD-10-CM:** (marque una opción) – OBLIGATORIO  L40.0 Psoriasis en placas  L40.5 Artritis psoriásica  L40.54 Artritis psoriásica juvenil  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 a Cimzia®, Enbrel®, Humira®, Remicade®, Simponi®, Stelara®, Taltz® u otros tratamientos biológicos o a fototerapia, metotrexato, sulfasalazina, AINE (diclofenaco, 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 (diclofenaco, 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 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 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	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 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	CERO
COSENTYX 300 mg <input checked="" type="checkbox"/> Sensoready® (2 x 150 mg/ml) <input type="checkbox"/> Jeringa precargada (1 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	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 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	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 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	CERO

\* PROGRAMA COVERED UNTIL YOU'RE COVERED: 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. 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, en relación 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 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  
(MM/DD/AAAA)

**FIRMA DEL PRESCRIPTOR** Surtir tal como se indica por escrito (sin sellos) **FECHA** \_\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)

**FIRMA DEL PRESCRIPTOR** Sustitución permitida (sin sellos) **FECHA** \_\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)

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