



**BRISTOL-MYERS SQUIBB PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC.
PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE ONCOLOGÍA**

**P.O. Box 991
Somerville, NJ 08876
Teléfono: (800) 736-0003
Fax: (866) 694-2545**

Estimado solicitante:

Gracias por su interés en el Programa de Asistencia al Paciente de Oncología de Bristol-Myers Squibb Patient Assistance Foundation (BMSPAF). Adjunto encontrará el formulario de solicitud que pidió.

Para participar en nuestro programa usted debe vivir en los E.E.U.U., Puerto Rico o las Islas Virgenes de los E.E.U.U. y usted no debe tener una cobertura para medicamentos recetados ni recibir ningún beneficio que lo ayude a pagar medicamentos recetados, como por ejemplo: Medicaid, Medicare Parte D, programas para medicamentos recetados patrocinados por el estado, programa de cobertura de medicamentos de empleado, militar, jubilación o pensión. Tenga en cuenta que las tarjetas de descuento para farmacia o los programas de asistencia al paciente de compañías de medicamentos no se consideran cobertura de medicamentos recetados, y si usted participa en estos programas aún puede calificar para obtener asistencia.

Es importante que complete toda la información solicitada y que firme donde se indica. Las solicitudes incompletas serán devueltas.

REQUISITOS PARA EL PACIENTE:

- ✓ Complete y firme la sección de Información del paciente.
- ✓ Adjunte una fotocopia del ingreso ANUAL del hogar [formulario de declaración de impuestos federal (1040), ingreso de seguro social (SSA-1099), pensiones, intereses, manutención de menores. Si no tiene ningún ingreso (cero), sírvase proporcionar una carta verificando su estado de ingresos de parte de su proveedor de atención médica, refugio o defensor del paciente].

REQUISITOS PARA LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS:

Para el año 2010, basándose en el tamaño del hogar, el ingreso del paciente no debe superar los criterios de ingresos que se detallan a continuación:

Tamaño del grupo familiar	48 estados contiguos y D.C.	Alaska	Hawai
1	\$32,490	\$40,590	\$37,380
2	\$43,710	\$54,630	\$50,280
3	\$54,930	\$68,670	\$63,180
4	\$66,150	\$82,710	\$76,080
5	\$77,370	\$96,750	\$88,980
Por cada persona adicional, sume	\$11,220	\$14,040	\$12,900

REQUISITOS PARA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

- ✓ Complete y firme la sección de Información del proveedor de atención médica. No es necesario incluir una receta.
- ✓ **Proporcione su número de licencia estatal a fin de procesar la solicitud.**
- ✓ Incluya TODA la información del producto, incluido el nombre del producto, la dosis/dosis farmacéutica, la frecuencia y las fechas planificadas de tratamiento (sólo medicamentos IV). **Para los medicamentos IV, si el paciente está presentando una nueva solicitud para el programa, junto con esta solicitud debe enviar los organigramas que documentan los tratamientos administrados desde el último envío recibido a través de este programa.**
- ✓ Detalle una dirección de envío de un centro de atención médica autorizado. El producto no se enviará a la casa de un paciente ni a una casilla postal.
- ✓ Complete TODA la solicitud. Cuando solicite un cambio de dosis para un paciente existente, indique "SÍ" en la porción "cambio en el plan de administración" de la solicitud y proporcione la nuevas instrucciones recetadas.

PRESENTE LA SOLICITUD COMPLETADA SELECCIONANDO UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

- ✓ **CORREO POSTAL:** BMSPAF Oncology Patient Assistance
P.O. Box 991
Somerville, NJ 08876
- ✓ **FAX:** (866) 694-2545 (Por favor, NO envíe por fax varias presentaciones de la solicitud).

Se le notificará por correo postal una vez que completemos nuestra revisión y evaluación. Tenga en cuenta que las reglas del programa están sujetas a cambio sin previo aviso. Si tiene alguna pregunta o necesita más ayuda, llame al (800) 736-0003, entre las 9:00 a.m. y las 6:00 p.m. hora del este, de lunes a viernes.

Atentamente,
Bristol-Myers Squibb
Patient Assistance Foundation, Inc.
Adjunto



INFORMACIÓN DEL PACIENTE A SER COMPLETADA POR EL PACIENTE O TUTOR LEGAL

Nombre:	Inicial 2º nom.:	Apellido:	Fecha de nacimiento:	/	/
Dirección donde usted vive:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección postal (si diferente de la línea arriba):		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Número de seguro social:	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Número telefónico: ()		

INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE – ADJUNTE COMPROBANTE DE INGRESO ANUAL DEL HOGAR (OBLIGATORIO)

INGRESO TOTAL ANUAL DEL HOGAR (incluya todos los ingresos anuales, salarios, seguro social, pensiones, intereses ganados en ahorros, discapacidad, manutención de menores, etc.): \$ _____

Tamaño del hogar (cantidad de personas que viven en el hogar): _____

¿Tiene alguna cobertura pública o privada para medicamentos recetados o está en algún programa de beneficios que lo ayude apagar sus medicamentos recetados? Sí No

Doy fe de que la información anterior y adjunta está completa y es precisa. Autorizo la divulgación de información sobre mí y mi afección médica a Bristol-Myers Squibb Patient Assistance Foundation (BMSPAF) y/o sus agentes con el propósito de usar y revelar la misma para la evaluación de mi elegibilidad para la inscripción y administración del Programa de Asistencia al Paciente de Oncología de BMSPAF, lo que puede incluir contactar y recibir información médica de mi aseguradora, programas públicos de financiación, organizaciones de defensoría, proveedores de atención médica u otras personas u organismos que BMSPAF pueda considerar pertinentes. Además, acepto que en cualquier momento mientras esté inscrito, BMSPAF puede solicitar información adicional para autenticar las afirmaciones realizadas en mi solicitud. BMSPAF y/o sus agentes aceptan no divulgar ninguna información a ningún tercero, excepto según esté autorizado por mí en la presente o de otra forma o según lo exija o permita la ley. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a la dirección de BMSPAF que se detalla anteriormente. Si revoco esta autorización, ya no calificaré para este programa. Entiendo y reconozco que esta asistencia es temporal y que este programa se puede cambiar o interrumpir en cualquier momento sin previo aviso. Además certifico que, con respecto a cualquier producto proporcionado bajo este programa, no buscaré reembolso ni crédito de ninguna aseguradora de medicamentos recetados pública ni privada.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA A SER COMPLETADA POR EL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA

Nombre:	Apellido:	Designación profesional:
Número de licencia estatal:		
Nombre del centro de atención:		
Dirección de envío, si difiere de la dirección postal detallada a continuación:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del contacto:	Teléfono: ()	Fax: ()

MEDICAMENTO SOLICITADO

Nombre del fármaco	Dosis (mg o unidad)	Frecuencia	Sólo medicamentos IV – Fechas planificadas de tratamiento de paciente ambulatorio

¿Es este un cambio en el plan de administración para un miembro existente de BMSPAF? Sí No

Declaro que cualquier información que he proporcionado sobre este paciente está completa, es precisa y coherente con las leyes y reglamentaciones de privacidad pertinentes, y entiendo que BMSPAF y/o sus agentes están confiando en esta información. A mi leal saber y entender, este paciente no tiene cobertura de seguro de medicamentos recetados para el medicamento indicado, incluido Medicaid, Medicare u otros programas públicos o privados. Reconozco y acepto no presentar una reclamación de seguro ni ninguna otra reclamación de pago a ningún tercero pagador (privado o del gobierno) por el medicamento. Entiendo que BMSPAF se reserva el derecho de modificar o terminar este programa en cualquier momento. Mi firma certifica que el medicamento recibido de BMSPAF no será revendido ni ofrecido para la venta, comercialización o trueque y no será devuelto para obtener un crédito. Entiendo que BMSPAF se reserva el derecho de retirar del mercado o discontinuar el producto en cualquier momento sin previo aviso.

Firma del proveedor de atención médica: _____ **Fecha:** _____