



**BRISTOL-MYERS SQUIBB PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC.
PROGRAMA DE ASISTENCIA A PACIENTES DE ABILIFY**

**P.O. Box 8309
Somerville, NJ 08876
Teléfono: (800) 736-0003
Fax: (866) 598-5561**

Estimado postulante:

Gracias por su interés en el Programa de Asistencia a Pacientes de ABILIFY. Encontrará adjunto el formulario de solicitud que usted requirió.

Es importante que complete toda la información requerida, y que firme donde se le indica. Las solicitudes incompletas o incorrectas retrasarán el proceso de solicitud, por lo que deberá asegurarse de que toda la información proporcionada sea correcta.

REQUISITOS PARA EL PACIENTE:

- ✓ Completar y firmar la sección Información del paciente.
- ✓ Adjuntar una fotocopia del informe de ingreso familiar ANUAL. [Declaración de impuestos federales (1040), ingresos del seguro social (SSA 1099), pensiones, intereses, retiro, manutención de menores, etc.]
- ✓ **Si anteriormente solicitó cobertura de Medicaid y ésta fue rechazada, adjunte una copia del rechazo de cobertura. En el caso de no disponer de una carta de rechazo de Medicaid al presentar la solicitud, se emitirá, si se aprueba, un suministro inicial para 90 días. Así dispondrá de más tiempo para obtener una copia de dicha carta.**

REQUISITOS PARA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

- ✓ Completar y firmar la sección Información del proveedor de atención médica.
- ✓ Completar la sección de instrucciones de la receta, incluidos el nombre de la droga, la concentración y la cantidad por día.
- ✓ Incluir la dirección de envío de un centro de atención médica autorizado. El producto no se enviará al domicilio particular del paciente ni a una casilla de correo.
- ✓ Completar la TOTALIDAD del formulario al solicitar una modificación en la dosis para un paciente existente. Indicar "SÍ" en la sección "cambio del esquema de dosis" de la solicitud, y proporcionar las instrucciones de la nueva receta.
- ✓ Completar la totalidad de la solicitud. Las solicitudes incompletas retrasarán el procesamiento.
- ✓ No adjuntar una receta al formulario de solicitud.

ENVÍE LAS SOLICITUDES COMPLETADAS MEDIANTE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

- ✓ CORREO: ABILIFY Patient Assistance Program
P.O. Box 8309
Somerville, NJ 08876
- ✓ FAX: 1-866-598-5561 (NO envíe por fax versiones múltiples de la solicitud)

Una vez que recibamos la solicitud, se evaluará la elegibilidad para participar en el Programa de Asistencia a Pacientes de ABILIFY. Nos comunicaremos por correo con usted y su paciente una vez terminada la revisión de la elegibilidad. Tenga en cuenta que las reglas del programa están sujetas a cambio sin previo aviso.

Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia adicional, llame al 1-800-736-0003, 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

BRISTOL-MYERS SQUIBB PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC.
PROGRAMA DE ASISTENCIA A PACIENTES DE ABILIFY

P.O. Box 8309 | Somerville, NJ 08876 | Teléfono: (800) 736-0003 | Fax: (866) 598-5561



INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento: / /
Dirección postal:		Apto. n.º:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Número de Seguro Social:	Sexo masculino/femenino:	Número de teléfono: ()	Nombre de contacto:
Cantidad de integrantes del hogar:	¿El paciente es ciudadano estadounidense o extranjero residente legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE				
Ingreso bruto familiar anual	Paciente/Cónyuge	Monto	Paciente/Cónyuge	Monto
Salario/Trabajo independiente (antes de las deducciones)			Distribuciones de la IRA o de 401K	
Compensación por desempleo/Compensación de trabajadores			Intereses/Dividendos/Regalías	
SS. Retiro/Beneficiario de Seguro Social			Asistencia general/pública (p. ej., TANF)	
SSDI. Ingreso por Discapacidad del Seguro Social			Pensión/Manutención de menores	
SSI. Ingreso de Seguridad Complementario			Subsidios/Becas educativas	
Pagos por discapacidad (del empleador)			Otro, explique:	
Pensión/Retiro/Pensión militar/Beneficios de veteranos				

Ingreso total anual antes de impuestos: Incluidos todos los ingresos, salarios, seguro social, pensiones, beneficios por discapacidad, intereses ganados en ahorros, etc. **Total \$**

¿Presentó una declaración de impuestos federales para el año fiscal más actual? Sí No Si la respuesta es no, firme a continuación si autoriza al IRS a confirmar a la Bristol-Myers Squibb Patient Assistance Foundation que usted no presentó una declaración de impuestos federales para el año fiscal más actual.

Firma del paciente para la solicitud: _____ Fecha: _____

OBSERVACIÓN: El uso que el IRS haga de esta información no determina la inscripción en la Bristol-Myers Squibb Patient Assistance Foundation. A su vez, el IRS podrá contactarlo con respecto a su solicitud. IRS: enviar verificación a la dirección que figura en la parte superior de la solicitud.

Seguro privado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Medicare A	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cobertura para medicamentos recetados	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Medicare B	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Medicaid (Adjuntar copia de la tarjeta de Medicaid)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Medicare D	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha solicitado anteriormente cobertura de Medicaid y ha sido rechazado? (Si es así, adjunte una copia del rechazo de Medicaid).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Beneficios para veteranos o militares	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Certifico que la información anterior es completa y precisa. Certifico que no cuento con cobertura de seguro para medicamentos recetados para el medicamento indicado, incluidos Medicaid, Medicare o cualquier otro programa público o privado, y que no tengo recursos financieros suficientes para pagar el tratamiento recetado. Mediante mi firma, autorizo la divulgación de información sobre mí y sobre mi elegibilidad médica a la Bristol-Myers Squibb Patient Assistance Foundation (BMSPAF) y/o a sus agentes. Autorizo a la BMSPAF y/o a sus agentes a usar y divulgar dicha información para determinar mi elegibilidad para la inscripción en la BMSPAF, y a la administración de la BMSPAF, lo cual puede incluir comunicarse con mi aseguradora, con programas de financiación pública, con trabajadores sociales, con organizaciones de ayuda, con proveedores de atención médica o con otras personas o entidades que la BMSPAF considere convenientes, a divulgar todos los registros médicos o toda la información solicitada concerniente a mi elegibilidad para recibir los beneficios del programa. Además, acepto que en cualquier momento durante mi inscripción, la BMSPAF puede solicitar documentación adicional para corroborar las declaraciones incluidas en mi solicitud. La BMSPAF y/o sus agentes aceptan no divulgar información a ningún tercero, excepto que cuenten con mi autorización, o que así lo exija la ley. Comprendo y reconozco que esta asistencia es temporal, y que el programa puede modificarse o interrumpirse en cualquier momento sin aviso previo. Comprendo que la BMSPAF y/o sus agentes confían en esta información.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
 Firma del abogado: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA. DEBE SER COMPLETADA POR EL PROFESIONAL QUE EMITE LA RECETA			
Nombre:	Apellido:	Designación profesional:	
N.º de la DEA (si no está disponible, proporcionar una copia de la licencia estatal):		Dirección de correo electrónico:	
Licencia estatal n.º:			
Dirección de envío 1: (Los medicamentos no pueden enviarse al domicilio particular del paciente ni a una casilla de correo)			
Dirección de envío 2:			
Ciudad	Estado:	Código postal:	Código de diagnóstico:
Nombre de contacto:	Número de teléfono: ()	Fax: ()	

MEDICACIÓN SOLICITADA (ELEGIR):						
<input type="checkbox"/> ABILIFY solución oral 150 ml ____ Cant./Día	<input type="checkbox"/> ABILIFY 2 mg ____ Cant./Día	<input type="checkbox"/> ABILIFY 5 mg ____ Cant./Día	<input type="checkbox"/> ABILIFY 10 mg ____ Cant./Día	<input type="checkbox"/> ABILIFY 15 mg ____ Cant./Día	<input type="checkbox"/> ABILIFY 20 mg ____ Cant./Día	<input type="checkbox"/> ABILIFY 30 mg ____ Cant./Día
<input type="checkbox"/> ABILIFY 10 mg DISCMELT® ____ Cant./Día	<input type="checkbox"/> ABILIFY 15 mg DISCMELT® ____ Cant./Día	¿Es éste un cambio en el esquema de dosis para un miembro existente de la BMSPAF? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO				

Declaro que toda la información que he proporcionado acerca de este paciente es completa y precisa, y cumple con las leyes y regulaciones de privacidad vigentes. Comprendo también que la BMSPAF y/o sus agentes confían en esta información. Según mi leal saber y entender, este paciente no cuenta con cobertura de seguro para medicamentos recetados para el medicamento indicado, incluidos Medicaid, Medicare o cualquier otro programa público o privado. Reconozco y acepto no enviar ningún reclamo de seguro ni otro reclamo de pago a ningún tercero responsable por el pago (privado o gubernamental) del medicamento. Comprendo que la BMSPAF se reserva el derecho a modificar o dar por terminado este programa en cualquier momento. Mi firma certifica que el medicamento recibido de parte de la BMSPAF no será revendido ni ofrecido para la venta, el comercio o el trueque, ni será devuelto a cambio de crédito. Comprendo que la BMSPAF se reserva el derecho a retirar del mercado o interrumpir la fabricación del producto en cualquier momento, sin aviso previo.

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____