



BRISTOL-MYERS SQUIBB PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC.

**P.O. Box 1058
Somerville, NJ 08876
Teléfono: (800) 736-0003
Fax: (800) 736-1611**

Estimado postulante:

Gracias por su interés en el programa de la Bristol-Myers Squibb Patient Assistance Foundation (BMSPAF). Encontrará adjunto el formulario de solicitud que usted requirió.

Para participar en nuestro programa, 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. [Formulario de impuestos federales (1040), Solicitud de copia de declaración de impuestos (verificación de no obligación de completar el formulario 4506-T), ingresos del seguro social (SSA 1099), pensiones, intereses, retiro, manutención de menores, carta del profesional de atención médica, el centro de acogida o el abogado del paciente, declaración de precertificación de ingresos del proveedor de atención médica (clínica, centro de acogida, etc.)].

REQUISITOS PARA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

- ✓ Completar y firmar la sección Información del proveedor de atención médica.
- ✓ Proporcionar el n.º de la DEA o una copia de la licencia estatal.
- ✓ 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.
- ✓ No adjuntar una receta al formulario de solicitud.
- ✓ Completar la TOTALIDAD de la solicitud, incluso cuando sólo se solicita 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.

ENVÍE LAS SOLICITUDES COMPLETADAS MEDIANTE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

- ✓ CORREO: Bristol-Myers Squibb PAF, Inc.
P.O. Box 1058
Somerville, NJ 08876
- ✓ FAX: 1-800-736-1611 (NO envíe por fax versiones múltiples de la solicitud)

Una vez recibida, su solicitud será revisada y luego se evaluará su elegibilidad para participar en la BMSPAF.

Si usted es aprobado para participar en el programa, se enviará un suministro de 90 días del medicamento solicitado al consultorio de su proveedor de atención médica. Una vez que haya utilizado este suministro inicial de medicamentos, podrá ser elegible para recibir tres renovaciones adicionales para 90 días. Para su conveniencia, puede solicitar renovaciones del producto 60 días después de su pedido más reciente del producto, llamando al 1-800-736-0003. No es necesario completar una nueva solicitud durante el año posterior a la aprobación de su participación en la BMSPAF, a menos que haya un aumento en la dosis del medicamento, o que su proveedor de atención médica le recete otro medicamento de la BMSPAF. Consulte a su proveedor de atención médica antes de enviar una solicitud de renovación.

Tenga en cuenta que las reglas del programa están sujetas a cambio sin aviso previo.

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 Individual a Pacientes
P.O. Box 1058 | Somerville, NJ 08876 | Teléfono: (800) 736-0003 | Fax: (800) 736-1611



INFORMACIÓN DEL PACIENTE (DEBE SER COMPLETADA POR EL PACIENTE O POR EL TUTOR LEGAL)

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:	Teléfono: ()	

INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE. ADJUNTAR CERTIFICACIÓN DE INGRESO FAMILIAR ANUAL (OBLIGATORIO)

INGRESO FAMILIAR ANUAL TOTAL (Incluir todos los ingresos, salarios, seguro social, pensiones, beneficios por discapacidad, intereses ganados en ahorros, etc.)				\$	ANUALES
Cantidad de integrantes del hogar:	¿El paciente se encuentra actualmente inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare Parte D?			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿El paciente tiene cobertura pública o privada para medicamentos recetados?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿El paciente es ciudadano estadounidense o residente legal?	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 afección médica a la Bristol-Myers Squibb Patient Assistance Foundation (BMSPAF) y/o 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 temporaria, y que este programa puede modificarse o interrumpirse en cualquier momento sin aviso previo.

Firma del paciente: _____; _____ 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) :		Licencia estatal n.º:
Nombre del centro:		
Dirección de envío (Los medicamentos no pueden enviarse al domicilio particular del paciente ni a una casilla de correo)		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre de contacto:	Número de teléfono: ()	Número de fax: ()
Dirección postal: (Si es diferente a la dirección de envío)		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

NO INCLUIR MÁS DE DOS PRODUCTOS. NO ES NECESARIO ADJUNTAR UNA RECETA

Nombre de la droga:	Concentración:	Cantidad por día:
Nombre de la droga:	Concentración:	Cantidad por día:
¿Es éste un cambio en el esquema de dosis para un miembro existente de la BMSPAF? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Certifico 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. Certifico también que no he aceptado ni aceptaré el reembolso del costo del producto para ningún tratamiento para el que el producto haya sido o deba ser proporcionado sin cargo por parte de la BMSPAF, incluido cualquier producto que haya sido administrado al paciente y para el que se me proporcione un producto de reemplazo. 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: _____ Fecha: _____