



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

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

Estimado postulante:

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

Para participar en nuestro programa, usted no debe contar con cobertura de medicamentos recetados ni recibir ningún beneficio que lo ayude a pagar los medicamentos recetados, tales como: Medicaid, Medicare Parte D, programas de medicamentos recetados patrocinados por el Estado, o cobertura de medicamentos por programas de pensión, de retiro, militares o para empleados. Tenga en cuenta que las tarjetas de descuento de las farmacias o los programas de asistencia al paciente de las compañías farmacéuticas no se consideran cobertura de medicamentos recetados, y que, si usted participa en estos programas, podrá calificar para obtener asistencia.

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 DE ENTREGA 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.
- ✓ Incluir TODA la información del producto, incluidos nombre del producto, dosis/concentración, frecuencia y fechas de tratamiento planificadas (sólo medicamentos intravenosos). **Para los medicamentos intravenosos, si el paciente está solicitando nuevamente la inscripción en el programa, además de la solicitud, deberán presentarse planillas en las que estén registrados los tratamientos administrados desde el último envío a través de este programa.**
- ✓ 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:** BMSPAF Oncology Patient Assistance  
P.O. Box 991  
Somerville, NJ 08876
- ✓ **FAX:** (866) 694-2545 (NO envíe por fax versiones múltiples de la solicitud).

Le recomendamos que envíe por fax el formulario completado a fin de acelerar el proceso. Una vez que recibamos la solicitud, se evaluará la elegibilidad para la participación en el Programa de Asistencia a Pacientes Oncológicos de la BMSPAF. Se notificará a los proveedores de atención médica una vez concluida la revisión de elegibilidad. 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 (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 ONCOLÓGICOS**

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



**INFORMACIÓN DEL PACIENTE: ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PACIENTE**

|   |  |                         |   |
|---|--|-------------------------|---|
| Nombre:   | Inicial del segundo nombre:  | Apellido:               | Fecha de nacimiento:<br>/ /                             |
| Dirección postal:   |  |                         | Apto. n.º:  |
| Ciudad:   | Estado:  | Código postal:          |   |
| Número de Seguro Social:  | Sexo masculino/femenino:   | Número de teléfono: ( ) |   |
| Ingrese la cantidad de integrantes del hogar:   | ¿El paciente es ciudadano estadounidense o extranjero residente legal? |                         | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| <b>ADJUNTAR CERTIFICACIÓN DE INGRESO FAMILIAR ANUAL (OBLIGATORIO)</b>   |  |                         |   |
| Ingreso anual total antes de impuestos, para todo su grupo familiar: incluidos todos los ingresos, salarios, seguro social, pensiones, intereses, beneficios por discapacidad, retiro, manutención de menores, ahorros, etc. \$ |  |                         |   |
| ¿Presentó una declaración de impuestos federales para el año fiscal más actual? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |  |                         |   |
| 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: _____            |   |
| <i>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.</i>            |  |                         |   |
| IRS: Enviar verificación a la dirección que figura en la parte superior de la solicitud.  |  |                         |   |
| ¿Tiene cobertura pública o privada de medicamentos recetados, o participa en algún programa de beneficios que lo ayuda a pagar sus medicamentos recetados? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              |  |                         |   |

Certifico que la información anterior y adjunta es completa y precisa. Autorizo el uso o la divulgación de información sobre mí y sobre mi afección médica a la Bristol-Myers Squibb Patient Assistance Foundation (BMSPAF) y/o a sus agentes para la evaluación de mi elegibilidad, la inscripción y la administración del Programa de Asistencia a Pacientes Oncológicos de la BMSPAF, lo cual puede incluir comunicarse y recibir información médica de mi aseguradora, de programas de financiación pública, de organizaciones de ayuda, de proveedores de atención médica o de otras personas o entidades que la BMSPAF considere convenientes. 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 yo lo autorice en este documento o de alguna otra manera, o que así lo exija o permita la ley. Comprendo que tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a la BMSPAF a la dirección antes mencionada. Si cancelo esta autorización, ya no seré elegible para este programa. Comprendo y reconozco que esta asistencia es temporaria, y que este programa puede modificarse o interrumpirse en cualquier momento sin aviso previo. Certifico también que, en lo que respecta a cualquier producto proporcionado por este programa, no intentaré obtener reembolso ni crédito de parte de ninguna aseguradora pública o privada de medicamentos recetados.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**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):<br>Licencia estatal n.º: |                         | Nombre del centro:       |
| Dirección de envío, si es diferente a la dirección postal indicada a continuación:                             |                         |                          |
| Dirección postal:  |                         |                          |
| Ciudad:  | Estado:                 | Código postal:           |
| Nombre de contacto:  | Número de teléfono: ( ) | Fax: ( )                 |

**MEDICACIÓN SOLICITADA**

| Nombre de la droga | Dosis (mg o unidad) | Frecuencia | Sólo medicamentos intravenosos. Fechas de tratamiento planificadas para pacientes ambulatorios |
|--------------------|---------------------|------------|--|
|                    |                     |            |  |
|                    |                     |            |  |
|                    |                     |            |  |

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: \_\_\_\_\_