



**BETASERON**<sup>®</sup>  
(INTERFERON BETA-1b) 0.75 mg

**Programa de Asistencia al Paciente de Betaseron**  
**Solicitud de inscripción para el paciente e información acerca del paciente**

Complete cada sección en la mayor medida posible y envíe esta solicitud de inscripción confidencial al Programa de asistencia al paciente de Betaseron. Si algún punto no se aplica, indique "N/A" en esa línea. Si tiene alguna pregunta acerca de la solicitud, comuníquese con el Programa de asistencia al paciente de Betaseron, al 1-877-836-5724.

### Sección 1: Información acerca del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Núm. de teléfono particular: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono laboral/alternativo: \_\_\_\_\_  
 ¿Se puede dejar un mensaje?  Sí  No      ¿Se puede dejar un mensaje?  Sí  No  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

### Sección 2: Información acerca del seguro

No cuento con cobertura de seguro, incluidos Medicare, Medicaid, VA, el Departamento de Defensa u otra asistencia gubernamental similar (pase a la sección 3).

**Información acerca del seguro principal (incluidos Medicare, Medicaid, VA, el Departamento de Defensa u otra asistencia gubernamental similar)**

Nombre del pagador: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono del pagador: \_\_\_\_\_  
 Núm. de póliza: \_\_\_\_\_ Núm. de grupo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_  
 ¿Cubre este plan medicamentos recetados?  Sí  No

**Información acerca del seguro secundario (incluidos Medicare, Medicaid, VA, el Departamento de Defensa u otra asistencia gubernamental similar)**

Nombre del pagador: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono del pagador: \_\_\_\_\_  
 Núm. de póliza: \_\_\_\_\_ Núm. de grupo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_  
 ¿Cubre este plan medicamentos recetados?  Sí  No

### Sección 3: Programas públicos

¿Ha solicitado cobertura de Medicare, Medicaid, VA, el Departamento de Defensa u otra asistencia gubernamental similar?

Sí      Nombre del programa: \_\_\_\_\_

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Estado de la solicitud:  Aprobada  Pendiente  Denegada

**Si fue denegada, adjunte una copia de la denegación.**

No      ¿Desea presentar una solicitud?  Sí  No

Si no lo desea, ¿por qué? \_\_\_\_\_



**BETASERON**<sup>®</sup>  
[INTERFERON BETA-1b] FORM DE INSTRUCCION

Programa de Asistencia al Paciente de Betaseron

Solicitud de inscripción para el paciente e información acerca del paciente

#### Sección 4: Información financiera y de otro tipo

Ingreso familiar anual: \_\_\_\_\_ Cant. de integrantes del hogar que dependen del ingreso: \_\_\_\_\_

Gastos médicos anuales en efectivo del hogar no reembolsados por un seguro (NO INCLUYA los costos por Betaseron):

Hospital \$ \_\_\_\_\_ Médico \$ \_\_\_\_\_ Fármacos \$ \_\_\_\_\_

Otros \$ \_\_\_\_\_ Parte de la prima de seguro médico que usted paga \$ \_\_\_\_\_

#### Sección 5: Documentación requerida

Entregue una copia de lo siguiente con su solicitud:

1. Comprobante de ingreso de todas las fuentes de ingreso familiar, incluidos:

- copia de su declaración de impuestos federales más reciente,
- comprobante de beneficios del Seguro Social,
- comprobante de beneficios de pensión,
- comprobante de beneficios por incapacidad y
- comprobante de manutención conyugal o pensión para menores recibidas (pensión alimenticia)
- Beneficios por desempleo

2. Copia de sus tarjetas de seguro y la denegación de seguro para Betaseron, si corresponde. Proporcione copias del anverso y el reverso de sus tarjetas de seguro.

#### Sección 6: Declaración del paciente

Confirmando que la información proporcionada en este formulario de solicitud es actual, completa y precisa, y entiendo que será revisada y se usará para determinar mi elegibilidad para obtener el producto en forma gratuita dentro del Programa de asistencia al paciente de Betaseron ("el Programa"). Entiendo que para recibir asistencia en forma de un producto gratuito hay que cumplir con los criterios de elegibilidad del Programa. El Programa también se reserva el derecho de realizar una determinación independiente de las necesidades financieras y médicas. También entiendo que Bayer HealthCare Pharmaceuticals Inc. se reserva el derecho de modificar o interrumpir este programa en cualquier momento y sin previo aviso para un paciente específico o en su totalidad. Para garantizar que esta solicitud sea precisa y esté completa, autorizo al Programa a usar y obtener información del médico que me receta medicamentos, de mi compañía de seguro y de otras fuentes, según sea necesario, con fines relacionados con la administración del Programa. Entiendo que el Programa usará y proporcionará mis datos para responder a mis preguntas acerca del reembolso, para determinar si soy elegible para obtener el producto en forma gratuita a través de la asistencia al paciente o para remitirme a otros programas, fundaciones, fuentes alternativas de financiamiento o cobertura, o para determinar mi elegibilidad para ellos, a fin de ayudarme a solventar los costos relacionados con la obtención de Betaseron. Declaro que soy un residente legal de los Estados Unidos. Autorizo a mis proveedores de atención médica, los planes de salud y las aseguradoras de salud a usar y compartir con Bayer y el Programa, y con sus personas designadas y agentes autorizados todos los expedientes médicos y la información financiera relacionada con mi tratamiento y elegibilidad para recibir tratamiento. Entiendo y acepto que no podré solicitar reembolsos de ningún programa de seguro privado ni de asistencia pública por ningún medicamento Betaseron que reciba en el Programa.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Envíe este formulario completado a:  
Betaseron Patient Assistance Program  
PO Box 221349  
Charlotte, NC 28222-1349  
Núm. de fax gratuito: 1-877-744-5615