

Gracias por descargar este documento de asistencia de medicamentos recetados de NeedyMeds. Esperamos que este programa le ayude a obtener el medicamento que necesita.

RECUERDE — Envíe su solicitud completa a la dirección en el formulario, NO a NeedyMeds.

¿Sabías que NeedyMeds tiene miles de otros recursos gratuitos?

Aquí hay un vistazo a más formas en que podemos ayudarlo a ahorrar dinero en costos de medicamentos y atención médica. Cada uno se puede encontrar en la pestaña “Ahorros al Paciente” en nuestro sitio web:

- **Asistencia Basada en Diagnóstico** – NeedyMeds enumera miles de programas de asistencia para casi cualquier problema de salud. Si usted está pasando por el tratamiento de quimioterapia para el cáncer, hay programas que pueden ayudar con los costos de la peluca y los productos de enfriamiento del cuero cabelludo. También enumeramos recursos para pruebas de diabetes gratuitas, apoyo de alojamiento para cuidadores y mucho más.
- **Clínicas Gratuitas/Bajo Costo/Escala Móvil** — Esta popular colección contiene información sobre 18.000 clínicas médicas, dentales, de salud mental y de abuso de sustancias gratuitas, de bajo costo y de escala móvil en los Estados Unidos. Es un gran recurso si necesita un tratamiento médico asequible y no sabe a dónde ir.
- **Cupones, Reembolsos y Más** – Puede usar el sitio web de NeedyMeds para encontrar más de 2,600 oportunidades de ahorro de costos para medicamentos recetados y de venta libre y suministros médicos.
- **Transporte Médico** – ¿Necesita ayuda para llegar al consultorio del médico o al centro médico? Puede ser elegible para recibir asistencia financiera si cumple con ciertos requisitos.

NeedyMeds también ofrece información sobre campamentos y retiros basados en diagnósticos, programas recreativos, becas, programas gubernamentales, programas de medicamentos genéricos de \$4 y más.

Por último, quiero hablarles sobre la Tarjeta de Descuento de Medicamentos de NeedyMeds. Miles de personas utilizan esta herramienta gratuita, anónima y fácil de usar para obtener el mejor precio en sus medicamentos. Utilice la tarjeta para obtener descuentos en pruebas de laboratorio y también para ahorrar un 40% en equipos médicos duraderos. Hasta la fecha, nuestra tarjeta de descuento en medicamentos les ha ahorrado a pacientes más de \$300,000,000. Consulte la siguiente página para obtener más información.

No dude en llamar a nuestra línea de ayuda gratuita si tiene alguna pregunta. Puede comunicarse con nosotros al 1-800-503-6897 de Lunes-Viernes, de 9am-5pm Hora Este.

Gracias por usar NeedyMeds. Háganos saber si podemos hacer algo más para ayudarlo a pagar los costos de su atención médica.



Rich Sagall, MD
President, NeedyMeds

Corte la tarjeta y ahorre



TARJETA DE DESCUENTO DE MEDICAMENTOS

BIN: 020750
RX PCN: NMeds
RX GRP: PDFPDF
ID: NMNA019309901930

Atención al Cliente
1-888-602-2978

Este es un programa de descuento de medicamentos, no un plan de seguros.

Tarjeta de Descuento de Medicamentos NeedyMeds
www.needymeds.org

Paciente: Puede usar esta tarjeta en cualquier de las más de 65,000 farmacias participantes para ahorrar en todos los medicamentos recetados. No puede usar esta tarjeta con Medicare incluyendo la parte D, Medicaid o cualquier otro programa estatal o federal, a menos que decidas no usar su programa patrocinado por el gobierno. Además, no puede utilizar esta tarjeta con ningún programa de seguro médico, pero puede utilizarla en lugar de su seguro si la tarjeta ofrece un mejor precio. Para preguntas, llame al 1-888-602-2978 o visite www.drugdiscountcardinfo.com.

Farmacéutico: Administrado por la Compañía Medica Sercurity, LLC, Tucson, AZ.



Línea de Ayuda de Farmacia: 1-800-404-1031.

- Ahorre hasta un 80% en medicamentos*
- Use en más de 65,000 farmacias a escala nacional, incluso todas las cadenas principales
- Comparta la tarjeta con amigos y familia

- Use la tarjeta tan a menudo como sea necesario
- Gratis, sin cargos ni registro
- Nunca expira

¿Qué recibirá un descuento?

Todos los medicamentos recetados son elegibles para ahorros, incluyendo medicamentos de venta libre y suministros médicos escritos como receta médica, así como medicamentos para mascotas que son equivalentes a las humanas, con receta por un veterinario.

También puede ahorrar hasta un 40% de descuento en equipos médicos duraderos, incluyendo los bastones, muletas, férulas, suministros de incontinencia y más. También puede ahorrar en suministros para diabéticos como medidor es de glucosa, tiras reactivas, lancetas y zapatos para diabéticos.

Visite www.needymeds.org/dme para obtener más información.

¿Qué pasa si tengo seguro?

Cualquiera puede usar la tarjeta, pero no se puede combinar con un seguro estatal o federal.

Puede utilizar la tarjeta en lugar del seguro si:

- Un medicamento no está cubierto por su seguro
- Su seguro no tiene cobertura de medicamentos
- Tienes un deducible de medicina alta
- Ha cumplido con el límite bajo en medicamentos
- La tarjeta ofrece un mejor precio que su copago
- Usted está en la brecha de cobertura de la Parte D de Medicare

Para obtener una tarjeta de descuento de medicamentos plástica, envíe un sobre auto dirigido y con sello a:

NeedyMeds Drug Discount Card
50 Whittemore St.
Gloucester, MA 01930

La tarjeta no es válida en combinación con planes de seguro, incluyendo Medicare, Medicaid o cualquier seguro de prescripción estatal o federal. La tarjeta se puede utilizar solo si decide no usar su plan de medicamentos patrocinado por el gobierno para su compras.

*Ahorro promedio de 60%, con ahorros potenciales de hasta el 80% o más (basados en datos nacionales de ahorro de 2018). Todos los medicamentos recetados son elegibles para ahorros.

Este es un programa de descuento de medicamentos, no un plan de seguro. Los descuentos están disponibles exclusivamente a través de las farmacias participantes. La gama de descuentos variará dependiendo del tipo de receta y la farmacia elegida. Este programa no realiza pagos directamente a las farmacias. Los usuarios están obligados a pagar por todas las compras con receta. No se puede utilizar junto con el seguro. Puede llamar al 1-888-602-2978 con preguntas o inquietudes, o para obtener más información.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



MÉDICO

SERVICIOS—para ser completado por el médico

Servicios solicitados (Seleccionar todos los servicios deseados)

Revisión de beneficios, autorización previa, ayuda con apelaciones

Programa BMS Access Support de asistencia para copagos

Derivación a Bristol-Myers Squibb Patient Assistance Foundation (BMSPAF)

BMSPAF es una organización independiente, sin fines de lucro, que ayuda a los pacientes elegibles a obtener medicamentos gratuitos. Visite BMSPAF.org para consultar los requisitos de elegibilidad.

Revisión de beneficios de farmacia especializada

Farmacia especializada preferida: _____

Cobertura alternativa o soporte de investigación

(p. ej., derivación a fundación de beneficencia independiente).

! BMS no puede garantizar que un programa o fundación acepte al paciente.

TRATAMIENTO—para ser completado por el médico

Medicamentos recetados

ABRAXANE® (partículas de paclitaxel unido a proteína para suspensión inyectable) (unido a albúmina)

IDHIFA® (enasidenib)

INREBIC® (fedratinib)

ISTODAX® (romidepsina)

ONUREG® (azacitidina)

POMALYST® (pomalidomida)

REBLOZYL® (luspatercept-aamt)

REVLIMID® (lenalidomida)

THALOMID® (talidomida)

VIDAZA®(azacitidina)

Información del tratamiento

Diagnóstico del paciente - Código principal ICD:

Descripción:

Resultado de la prueba de diagnóstico (si es aplicable):

¿Terapia adyuvante? Sí No ¿Esto será? Monoterapia En combinación con:

Terapia proporcionada en el: Hospital Hospital ambulatorio Consultorio ambulatorio del médico Otro:
(Si es un medicamento oral, seleccione Otro y especifique)

¿El médico está en red del seguro del paciente? Sí No

Terapia anterior administrada*

Fechas	Dosis (en mg)	Terapia administrada

Terapia planificada*

Fechas	Dosis (en mg)	Terapia administrada

InitiateRx

Disponible solamente para los pacientes con seguro comercial que reciben ONUREG. Para los pacientes nuevos elegibles en tratamiento con ONUREG y seguro comercial, si la determinación de una cobertura se demora más de siete (7) días laborables, el paciente recibirá ONUREG sin costo alguno hasta que se reciba la cobertura, se deniegue y apele una autorización previa o durante un (1) año, lo que ocurra primero. Consulte todos los Términos y condiciones en la página 7 y seleccione a continuación si desea que su paciente sea considerado para este programa.

InitiateRx

La medicación se dispensa directamente a la dirección del domicilio del paciente (los envíos no se pueden enviar a apartados de correos). La medicación no se enviará al proveedor de atención médica del paciente. Los prescriptores deben cumplir con los requisitos de prescripción de su estado.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



MÉDICO

INFORMACIÓN DEL MÉDICO-para ser completado por el médico

Nombre del médico (nombre y apellido): _____

de licencia estatal: _____

de NPI del médico: _____

de ID fiscal del médico: _____

de Medicaid estatal: _____

Nombre del centro: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Dirección del centro: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Nombre del contacto principal: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Dirección de correo electrónico del contacto principal: _____

Título: _____

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO-para ser completado por el médico

Certifico lo siguiente: **(1)** A mi entender, la información del paciente y del médico en este formulario está completa y es precisa; **(2)** tengo la autoridad para divulgar la información del paciente a BMS, BMSPAF, y a sus respectivos agentes y asignados y he obtenido la autorización del paciente para la divulgación si así lo requiere la HIPAA u otras leyes de privacidad aplicables; **(3)** he recetado el medicamento a este paciente según mi criterio profesional de necesidad médica; **(4)** si el paciente recibe medicamentos de BMSPAF, a mi entender, este paciente no tiene cobertura de seguro para medicamentos recetados (incluyendo Medicaid, Medicare, u otros programas públicos o privados), o no puede sufragarse los requisitos de costos compartidos asociados con su cobertura de seguro para este medicamento; **(5)** notificaré de inmediato a BMSPAF si mi paciente está inscrito en BMSPAF y yo me entero de que el estado de su seguro, tratamiento o ingreso ha cambiado; **(6)** no presentaré una reclamación de reembolso de seguro ni ninguna otra reclamación de pago a nadie más, incluyendo terceros pagadores (privados o gubernamentales) o el paciente, y yo renuncio a cualquier apelación de cualquier negación de cobertura de seguro por el medicamento proporcionado para este paciente por BMS o por BMSPAF, ni contabilizaré el medicamento gratuito como costos de desembolso verdadero (TrOOP) del paciente; **(7)** ningún medicamento proporcionado por BMS o BMSPAF para este paciente se utilizará únicamente para él y no se revenderá, pondrá a la venta, comercializará o canjeará, ni se devolverá para crédito.

Certifico, si es que el paciente se inscribe en el Programa BMS Access Support® de asistencia para copagos de un producto administrado por un médico, lo siguiente:

- He leído y cumpliré con los Términos y condiciones del Programa en la página 6
- A mi entender, este paciente satisface los Requisitos de elegibilidad del paciente y notificaré inmediatamente al programa si cambia el estado de seguro del paciente
- A mi entender, la participación en este Programa no es incompatible con ningún contrato o arreglo con un tercer pagador al cual este consultorio/sitio enviará una factura o reclamación de reembolso para los medicamentos BMS cubiertos, administrados al paciente
- La factura o reclamación de reembolso que este consultorio/sitio enviará al asegurador o al paciente para pago del (de los) medicamento(s) de BMS tendrá el(los) medicamento(s) de BMS enumerado(s) por separado de cualquier factura o reclamación por la administración de fármacos o cualquier otro elemento o servicios proporcionados al paciente
- No enviaré una reclamación de reembolso de seguro ni ninguna otra reclamación de reembolso para el pago de ningún tercer pagador (privado o de gobierno) por la cantidad de asistencia que mi paciente recibe del Programa
- Si este consultorio o sitio recibe un pago directamente del Programa para este paciente, el consultorio/sitio no aceptará el pago del paciente por la cantidad recibida del Programa

Si el paciente está inscrito en el programa InitiateRx para pacientes con seguro comercial, certifico lo siguiente:

- He leído y cumpliré con los Términos y condiciones del Programa en la página 7
- A mi entender, este paciente satisface los Requisitos de elegibilidad del paciente y notificaré inmediatamente al Programa si cambia el estado de seguro del paciente

Entiendo que BMS y BMSPAF (1) pueden verificar toda la información proporcionada y no permitir o suspender la participación en caso de que se reciba información inadecuada; **(2)** pueden modificar, limitar o terminar estos programas, o retirar o suspender medicamentos en cualquier momento y sin previa notificación; y **(3)** que confían en estas certificaciones.

 **FIRMA**

Firma del médico o prescriptor autorizado (obligatorio, sin sellos)

Fecha: _____

PACIENTE
INFORMACIÓN DEL PACIENTE-para ser completado por el paciente
Información personal

Nombre del paciente (nombre y apellido):	Hombre	Mujer	Fecha de nacimiento:
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono particular:	Teléfono celular:		

Información del seguro

! MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

Tiene seguro mediante:	Seguro privado/basado en el empleador			VA o militar	Programa estatal de asistencia para medicamentos	Medicaid
Medicare:	Parte A	Parte B	Parte D	Medicare Advantage	Ninguno	

Proveedor de seguro principal:	# de póliza de seguro principal:
Teléfono:	# de grupo: Titular de la póliza:
Proveedor de seguro secundario:	# de póliza de seguro secundario:
Teléfono:	# de grupo: Titular de la póliza:
Cobertura para medicamentos recetados del estado, para veteranos u otra:	# de póliza de medicamentos recetados:
Teléfono:	# de grupo: Titular de la póliza:

Si elige el estado de Medicaid o Veterano arriba, elija las opciones correspondientes abajo.

Estado de Medicaid:	No solicitado	Negado	Solicitud pendiente
Estado de veterano:	Sí	No	Presentó solicitud a VA: Sí No

Información financiera, farmacológica y medicamentos

(Necesario si se solicita una cobertura alternativa o apoyo a la investigación o derivación a BMSPAF)

Información financiera

Su solicitud puede estar sujeta a auditoría o requerir documentación adicional.

Cantidad de personas en su hogar (incluido usted, su cónyuge y sus dependientes económicos):

Ingreso del hogar: Anual: \$ _____ o Mensual: \$ _____

N.º de Seguro Social (opcional): _____

Alergia a medicamentos: ¿Tiene alguna alergia a los medicamentos? Sí No Si es así, especifique: _____

Medicamentos: ¿Qué medicamentos está tomando actualmente? _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



PACIENTE

ACUERDO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE (cont.)

El programa BMS Access Support® es un programa de asistencia ofrecido por la compañía Bristol-Myers Squibb ("BMS") que ayuda a los pacientes a entender su cobertura de seguro y las opciones de ayuda financiera para los medicamentos de BMS, tal como asistencia para copagos y medicamentos gratuitos. BMS también evalúa si los pacientes califican para recibir ayuda de Bristol Myers Squibb Patient Assistance Foundation, Inc. ("la Fundación"), una organización independiente sin fines de lucro que ofrece medicamentos gratuitos a los pacientes que reúnen los requisitos. Para participar en el programa BMS Access Support o para hacer una solicitud para el programa de la Fundación, estos programas necesitarán recibir, usar y divulgar su información personal. Lea atentamente esta autorización y si tiene dudas, póngase en contacto con BMS al 1-800-861-0048. Una vez que haya leído y aceptado este formulario, envíe su copia firmada por fax al 1-800-822-2496.

1. ¿Qué información se utilizará y se divulgará? Se divulgará mi información personal, incluyendo:

- Información del formulario de inscripción a BMS Access Support
- Mi información de contacto y fecha de nacimiento
- Número de Seguro Social (que es voluntario)
- Información profesional y laboral
- Información financiera y de ingresos
- Información del seguro
- Registros e información de salud, incluyendo medicamentos
- Información biométrica y genética, incluyendo pruebas que identifiquen el tipo de enfermedad que tengo y/o los medicamentos indicados para mi tratamiento

2. ¿Quién divulgará, recibirá y usará la información?

Esta autorización permite que mis cuidadores, incluidos mis proveedores de atención médica, farmacéuticos, planes de salud y aseguradoras de salud que me brinden servicio, así como otras personas que yo exprese que pueden ayudarme a aplicar, puedan divulgar mi información personal a BMS, la Fundación y sus agentes y asignados autorizados (sus "Administradores"). BMS y la Fundación y sus Administradores también pueden compartir mi información con mis cuidadores y con otros proveedores de atención médica, farmacéuticos, aseguradoras de salud y organizaciones de beneficencia para determinar si soy elegible para o estoy inscrito en otro plan o programa.

3. ¿Cuál es el objetivo del uso y la divulgación?

Mi información personal se utilizará por y se compartirá con las personas y organizaciones descritas en esta autorización con el fin de:

- Procesar mi solicitud para los programas de BMS Access Support y/o de la Fundación

- Prestarme los servicios del programa BMS Access Support, incluyendo verificar mis beneficios del seguro, investigar opciones de cobertura de seguro y referirme a mí y a mis cuidadores a otros planes, apoyos, o programas de asistencia que me puedan ayudar
- Proporcionarme asistencia para copagos si soy elegible
- Contactar a mis cuidadores y a mí sobre programas y servicios disponibles
- Contactar a otros proveedores de atención médica y organizaciones de beneficencia para determinar si soy elegible para o estoy inscrito en otro plan o programa
- Si califico, proporcionarme medicamento gratuito mediante BMS o la Fundación
- Mejorar o desarrollar los servicios del programa

4. ¿Cuándo expirará esta autorización? Esta autorización estará vigente durante 5 años a menos que expire antes por ley o yo la cancele por escrito. Puedo cancelar esta autorización, ya sea para cada uno o para ambos programas, enviándola por escrito a:

**BMS Access Support
86 Morris Avenue
Summit, NJ 07901**

Si cancelo esta autorización para un programa, ya no podré participar en ese programa. Ese programa dejará de usar o divulgar mi información para los objetivos enumerados en esta autorización, excepto como sea necesario para finalizar mi participación o como lo requiera o permita la ley.

Entiendo que si recibo mi medicamento gratuito, debo volverlo a solicitar al menos cada año, firmar una autorización tanto para BMS Access Support y la Fundación y ser aceptado.

5. Avisos: Entiendo que una vez que mi información de salud fue divulgada, las leyes de privacidad ya no pueden restringir su uso o divulgación. BMS, la Fundación y sus Administradores aceptan usar y divulgar mi información únicamente para los objetivos descritos en esta autorización o como se permite o se requiera por ley. Entiendo que ni BMS ni la Fundación venden o alquilan la información personal recopilada sobre mí en el marco de este Programa.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de haberla firmado. Entiendo además que puedo negarme a firmar esta autorización y que si me niego, no cambiará mi elegibilidad para los beneficios de planes de salud y tratamiento, por parte de mis proveedores médicos, pero no tendré acceso a los programas BMS Access Support® o de la Fundación. Entiendo que es posible que ciertas leyes estatales permitan el derecho a solicitar acceso a mi información o a eliminarla. Entiendo que estos derechos estatales no son absolutos y que sólo aplican en ciertas circunstancias. Por lo tanto, reconozco que es posible que no reciba una respuesta a mi solicitud, hasta donde

(continúa en la siguiente página)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



PACIENTE

ACUERDO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE (cont.)

sea requerido o permitido bajo las leyes relevantes. Acepto que tal vez sea necesario que suministre información adicional para verificar mi identidad, como una identificación expedida por el gobierno, antes de que mi solicitud para acceder a mi información o para eliminarla sea aprobada. No seré discriminado por ejercer mis derechos pero entiendo que no puedo recibir los servicios del Programa si no autorizo el uso de mi información. Para enviar una solicitud de acceso o eliminación, puedo llamar al 1-855-961-0474 o completar el formulario en línea en www.bms.com/dpo/us/request.

6. Certificaciones del paciente: Certifico que la información personal que proporcioné a BMS y la Fundación es completa y verdadera.

Acepto que, en cualquier momento durante mi participación en cualquiera o ambos programas, BMS (y la Fundación si así correspondiera) puede solicitar documentación adicional para verificar mi información personal.

Si hay información faltante o no respondo a las solicitudes de documentos adicionales, mi participación se podrá demorar o pudiera ser que ya no pueda participar.

Si califico para asistencia para copagos o asistencia para medicamentos gratuitos de BMS y las recibo, acepto cumplir con las reglas del programa de BMS y no obtendré reembolso por la asistencia que reciba de ningún tercero, incluyendo programas de seguros, otra

organización de beneficencia, o de una cuenta de ahorros para salud, gastos flexibles u otra cuenta de reembolso de gastos médicos.

Entiendo que la asistencia puede ser temporal y que me pueden pedir que haga una solicitud cada año. Si mi seguro o tratamiento cambia de alguna manera, contactaré a BMS Access Support al 1-800-861-0048.

Si califico y recibo medicamentos gratuitos del programa de la Fundación, acepto cumplir con las reglas del programa de la Fundación y no obtendré reembolso por la asistencia que reciba de ningún otro, incluyendo de un programa de seguros, otra organización de beneficencia o de una cuenta de ahorros de salud, gastos flexibles u otra cuenta de reembolso de gastos médicos.

Si tengo Medicare Parte D, tampoco contabilizaré ningún medicamento gratuito que recibo para mis costos de desembolso verdaderos (TrOOP). Entiendo que la ayuda de la Fundación es temporal y tengo que volverla a solicitar cada año, y puede que no sea elegible si tengo una cobertura de medicamentos recetados que paga mis medicamentos.

Acepto contactar inmediatamente a la Fundación al 1-800-736-0003 si mi seguro, tratamiento o situación financiera cambia de cualquier modo.

Entiendo que los programas a BMS Access Support y el de la Fundación pueden suspenderse o que en cualquier momento pueden cambiar las reglas para participar en los mismos sin previo aviso.

Entiendo que los programas a BMS Access Support y el de la Fundación pueden suspenderse o que en cualquier momento pueden cambiar las reglas para participar en los mismos sin previo aviso.

Medicamentos recetados

ABRAXANE® (partículas de paclitaxel unido a proteína para suspensión inyectable) (unido a albúmina)

IDHIFA® (enasidenib)

INREBIC® (fedratinib)

ISTODAX® (romidepsina)

ONUREG® (azacitidina)

POMALYST® (pomalidomida)

REBLOZYL® (luspatercept-aamt)

REVLIMID® (lenalidomida)

THALOMID® (thalidomida)

VIDAZA® (azacitidina)

Estas son mis instrucciones por escrito y mi autorización para que:

- BMSPAF y sus Administradores obtengan un reporte de consumidor acerca de mí. Mi reporte de consumidor y la información que se derive de fuentes públicas y otras, se utilizará para estimar mis ingresos como parte del proceso para determinar si soy elegible para recibir medicamentos gratuitos de BMSPAF. A mi solicitud, BMSPAF me brindará el nombre y dirección de la agencia de reporte del consumidor que proporciona el reporte del consumidor. Puedo llamar a BMSPAF al 1-800-736-0003 para obtener esta información.

INICIALES DEL PACIENTE: _____


Escriba sus iniciales aquí O envíe su documentación de ingresos.

¡Al escribir sus iniciales aquí se acelerará el tiempo de procesamiento de su solicitud y no afectará a su puntuación crediticia.

HE LEÍDO ESTA AUTORIZACIÓN Y ACEPTO SUS TÉRMINOS:

Nombre del paciente o de su representante personal en letra de imprenta: _____

Descripción de la autoridad del representante personal: _____

Código postal: _____

Dirección de correo electrónico preferida: _____

Teléfono: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Fecha: _____

FIRMA DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE LEGAL

Se deberá entregar al paciente o su representante personal una copia de las dos páginas de este formulario después de haberlo firmado. Se requiere documentación del poder notarial si firma alguien distinto al paciente. Puede enviar por fax los documentos al 1-800-822-249 o llamar al 1-800-861-0048 para obtener más ayuda.

(continúa en la siguiente página)

Términos y condiciones del Programa BMS Access Support® de Asistencia para copagos de oncología para productos administrados por un médico

[Programa para ABRAXANE® (partículas de paclitaxel unidas a proteína para suspensión inyectable (unida a albúmina) para uso intravenoso) y REBLOZYL® (luspatercept-aamt)]

El Programa BMS de asistencia para copagos de oncología está diseñado para asistir a pacientes elegibles con seguros comerciales a los que se les ha recetado medicamentos de BMS selectos con requisitos de deducibles de desembolso, copagos o coaseguro.

Elegibilidad del paciente:

- Usted tiene un seguro comercial (privado) que cubre su medicamento recetado de Bristol-Myers Squibb (BMS), pero que su seguro no cubre el costo total; esto es, usted tiene obligación de copago (costo de desembolso de bolsillo) para su medicamento recetado.
- Usted no está participando en ningún programa estatal o federal de atención de la salud, incluyendo Medicaid, Medicare, Medigap, CHAMPUS, TriCare, Veterans Affairs (VA), o Departamento de Defensa (DoD), u otros programas estatales, de paciente o de asistencia farmacéutica. Los pacientes que se cambian de un seguro comercial (privado) a un programa federal de atención médica dejarán de ser elegibles. Si adquirió su seguro de medicamentos recetados a través de un intercambio de salud (también conocido como Mercado de Seguros de Salud o Programa de Opciones de Salud para Pequeños Negocios del Mercado [SHOP], usted es elegible en este momento.
- Si vive en los Estados Unidos o Puerto Rico.

Beneficios del Programa:

- Este Programa cubrirá el copago de cada dosis de un medicamento de BMS, hasta un máximo de \$10,000 por medicamento de BMS durante un año calendario.
- Con el fin de recibir los beneficios del Programa, el paciente o el proveedor deben enviar un formulario de Explicación de Beneficios (EOB), o un Aviso de Pago (RA). El formulario enviado debe incluir el nombre del asegurador, la información del plan y debe mostrar que el medicamento de BMS financiado por este Programa fue el medicamento que se proporcionó. El formulario se debe enviar en los 180 días siguientes de la fecha de la Explicación de Beneficios.
- El Programa puede aplicar de manera retroactiva a desembolsos de bolsillo que hayan ocurrido dentro de los 180 días anteriores a la fecha de la inscripción. Estos beneficios están sujetos al máximo del Programa de \$10,000 por medicamento en un período de 12 meses.
- Los beneficios del Programa están limitados a los costos de copago por los medicamentos de BMS cubiertos por este Programa, que el paciente recibe como paciente ambulatorio. El Programa no cubrirá y no se aplicará en el costo de cualquier procedimiento de dosificación; cualquier otro servicio de atención médica, cargos de suministro o cualquier otro costo del tratamiento; o para cualquier otro costo asociado con la estadía en el hospital.
- Todos los pagos del Programa son únicamente para el beneficio del paciente.

Duración del Programa:

- El periodo de inscripción es 1 año calendario.

Términos y condiciones adicionales del Programa:

- Los pacientes, farmacias, y proveedores de atención médica no deben solicitar el reembolso del seguro de salud o de cualquier tercero, de ninguna parte de los beneficios recibidos por el paciente mediante este Programa. Los pacientes no deben solicitar el reembolso de ninguna cuenta de ahorros de salud, gastos flexibles u otra cuenta de reembolso de gastos médicos, por el monto de la asistencia recibida del Programa.
- La aceptación de esta oferta confirma que esta es consistente con el seguro del paciente. Los pacientes, farmacéuticos y proveedores de atención médica deben reportar la recepción de los beneficios de asistencia para copagos de la forma que lo requiera la aseguradora del paciente.
- Esta oferta no es válida con ningún otro programa, descuento o incentivo que involucre el medicamento de BMS elegible para este Programa.
- Válido únicamente en los Estados Unidos y Puerto Rico; esta oferta es nula donde la ley la prohíba, la grave o la restrinja.
- Los beneficios del Programa son intransferibles.
- Sin cuotas de membresía.
- Este Programa no está condicionado a ninguna compra pasada, presente o futura, ni tampoco a dosis adicionales.
- **El Programa no es un seguro.**
- Bristol-Myers Squibb se reserva el derecho de rescindir, revocar o rectificar esta oferta en cualquier momento, sin previo aviso.

Términos y condiciones del programa InitiateRx [Programa para comprimidos de ONUREG® (azacitidina)]

Requisitos de elegibilidad y beneficios del Programa

- Esta oferta está disponible para pacientes nuevos que tengan seguro comercial y estén recibiendo tratamiento con ONUREG para una indicación aprobada por la FDA.
- No son elegibles los pacientes que tengan cobertura de seguro para medicamentos recetados a través de Medicare, Medicaid o cualquier otro programa estatal o federal de atención médica, o que sean residentes de Michigan.
- Si una determinación de cobertura se demora más de siete (7) días laborables, se entregará al paciente ONUREG sin costo alguno hasta que se reciba la cobertura, se deniegue y no se apele una autorización previa, o durante un año, lo que ocurra antes.
- Se debe hacer una apelación de cualquier autorización previa en un plazo de 60 días o según las directrices de pagador para continuar en el Programa.
- Se volverá a verificar la elegibilidad en enero de los pacientes que continúen en el siguiente año. Para los pacientes cuyo seguro cambie durante el transcurso de la participación en el programa y sigan siendo elegibles, es necesario presentar una nueva autorización previa.
- El Programa se reserva el derecho de volver a verificar la cobertura de seguro del paciente en cualquier momento durante la participación del paciente en el Programa.
- No se puede realizar ninguna reclamación de reembolso a ningún tercer pagador por el producto dispensado en conformidad con esta oferta.
- Esta oferta no está condicionada a ninguna compra pasada, presente o futura, incluso a recargas.
- Válido solo en Estados Unidos y Puerto Rico.
- **Esta oferta no es un seguro de salud.**
- Pueden aplicar otras restricciones.
- Bristol Myers Squibb se reserva el derecho de modificar o suspender esta oferta en cualquier momento, sin previo aviso.