



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Los campos marcados con ! son obligatorios para procesar el formulario, incluida la firma del paciente en la página 3.

1. SERVICIOS SOLICITADOS: Debe ser completado por el proveedor de atención médica

- Revisión de beneficios, autorización previa, ayuda con apelaciones
- Programa BMS Access Support de asistencia para copagos
- Revisión de los beneficios de las farmacias de especialidades
Proveedor de servicios preferido: _____
- Oferta de prueba gratuita, Programa Puente, Receta de farmacia especializada
Disponible únicamente para AUGTYRO™ (repotrectinib). Requiere receta médica.
Vea la página 6.

- Cobertura alternativa o búsqueda de asistencia
(p. ej., Remisión a fundación de beneficencia independiente)
- Remisión a la BMS Patient Assistance Foundation (BMSPAF)
BMSPAF es una organización independiente y sin fines de lucro, que ayuda a los pacientes elegibles a obtener su medicamento sin costo. Visite BMSPAF.org para consultar los requisitos de elegibilidad.

> BMS no puede garantizar la aceptación por parte de ningún programa o fundación.

Para consultar todos los términos y las condiciones del programa, visite www.BMSAccessSupport.com

2. INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE: > Los pacientes tendrán que firmar la Autorización y Acuerdo del Paciente en la página 3 para poder enviar este formulario. La falta de información o de la firma del paciente puede causar retrasos.

! Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ ! Apellido: _____ ! Fecha de nacimiento: ___/___/___ ! Género: Hombre Mujer

! Dirección: _____ ! Ciudad: _____ ! Estado: _____ ! Código postal: _____

! Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Idioma preferido del paciente: Inglés Español Otro: _____

Nombre de contacto alternativo: _____ Relación: _____ Teléfono alternativo: _____

> Tenga en cuenta que un Contacto alternativo no puede ser una persona asociada o un representante de su compañía de seguros o sus socios comerciales.

INFORMACIÓN FINANCIERA: > Obligatorio si se solicita una cobertura alternativa o investigación de apoyo o remisión a BMSPAF.

Número de personas en su hogar (inclúyase usted mismo, a su cónyuge y sus dependientes): _____ Ingresos del hogar: anuales \$ _____ o mensuales \$ _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PACIENTE

> Complete todos los campos que correspondan. Recuerde incluir una copia de la parte frontal y la parte posterior de su tarjeta de seguro para cada tipo de seguro.

! El paciente tiene seguro: Sí No ¿Se encuentra la PA en archivo? Sí No N° de autorización _____

! Tipo de seguro: Privado/Empresa Medicare Medicaid Otro (por ejemplo, VA, TRICARE) _____

Si es Medicare: Parte A Parte B Parte D Medicare Advantage

SEGURO PRINCIPAL: ! Nombre del plan: _____ Estado: _____ ! N° de póliza: _____

! N° de grupo: _____ ! N° de teléfono de la compañía de seguros: _____ Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente): _____

SEGURO SECUNDARIO: Nombre del plan: _____ Estado: _____ N° de póliza: _____

N° de grupo: _____ N° de teléfono de la compañía de seguros: _____ Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente): _____

SEGURO PARA MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA: El paciente no tiene cobertura para recetas médicas

Nombre del plan: _____ N° de póliza: _____

N° de grupo: _____ N° Rx BIN: _____ N° Rx PCN: _____

N° de teléfono de la compañía de seguros: _____ Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente): _____

> Una vez que haya completado esta página, pase a la Autorización y Acuerdo del Paciente en las páginas 2-3.

Los campos marcados con **!** son obligatorios para procesar el formulario, incluida la firma del paciente en la página 3.



3. AUTORIZACIÓN Y ACUERDO DEL PACIENTE: *Debe ser completado por el paciente.*

El programa Access Support de BMS® es un programa de asistencia ofrecido por Bristol-Myers Squibb Company ("BMS") que ayuda a los pacientes a entender su cobertura de seguro y las opciones de ayuda financiera para los medicamentos de BMS, tales 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 sin costo a los pacientes que reúnen los requisitos. Para participar en el programa Access Support de BMS 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 de BMS y la Fundación, y si tiene dudas, comuníquese con BMS llamando al 1-800-861-0048. Una vez que haya leído y aceptado este formulario, envíe su copia firmada por fax al 1-888-776-2370.

1. ¿Qué información se utilizará y se divulgará?

Se divulgará mi información personal, incluyendo:

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

2. ¿Quién divulgará, recibirá y utilizará 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 o si estoy inscrito en otro plan o programa.

3. ¿Con qué propósito se usa y revela la información?

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

- Procesar mi solicitud tanto para los programas Access Support de BMS y/o de la Fundación.
- Prestarme los servicios del programa Access Support de BMS, incluida la verificación de mis beneficios de seguro, investigar opciones de cobertura

de seguro y remitirme a mí y a mis cuidadores a otros planes, apoyos, o programas de asistencia que me puedan ayudar.

- Proporcionarme asistencia con copagos, si soy elegible.
- Comunicarse con mis cuidadores y conmigo para informarnos de los programas y servicios disponibles.
- Comunicarse con otros proveedores de atención médica y organizaciones de beneficencia para determinar si soy elegible o si estoy inscrito en otro plan o programa.
- Si califico, proporcionarme medicamentos gratuitos mediante BMS o la Fundación.
- Mejorar o desarrollar los servicios del programa y para otros fines comerciales internos, incluido el análisis de la información.
- Ofrecerme otra información y ofertas que BMS considere que podrían interesarme, incluida información sobre mis medicamentos, recordatorios para resurtir mis recetas, encuestas y alertas.
- BMS también puede usar mi información médica para combinarla con otra información que BMS pueda obtener sobre mi persona y mi tratamiento, y usarla para los fines arriba descritos.

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 uno o para ambos programas, notificándolo por escrito a: BMS Access Support PO Box 221509 Charlotte, NC 28222-1509

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 mencionados en esta autorización, excepto cuando sea necesario para finalizar mi participación o cuando lo requiera o permita la ley.

Entiendo que si recibo medicamentos gratuitos durante más de un año, debo volver a volver a presentar una solicitud al menos cada año, firmar una autorización tanto para Access Support de BMS y la Fundación, y ser aceptado.

5. Avisos:

Entiendo que una vez que se ha revelado mi información de salud, las leyes de privacidad quizás ya no podrán restringir su uso o divulgación. BMS, la Fundación y sus Administradores aceptan usar y revelar mi información únicamente para los objetivos descritos en esta autorización o como lo permita o lo requiera la ley. Entiendo que ni BMS ni la Fundación venden o alquilan la información personal recopilada sobre mí dentro de este Programa. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de haberla firmado. Entiendo asimismo que puedo rehusarme a firmar esta autorización y que si me rehúso, mi elegibilidad para los beneficios del plan de salud y tratamiento por mis proveedores de atención médica no cambiarán, pero no tendré acceso a los programas Access Support de BMS® o de la Fundación. Entiendo que es posible que ciertas leyes estatales permitan el derecho a solicitar acceso a

(continuación)

Los campos marcados con **!** son obligatorios para procesar el formulario, incluida la firma del paciente en la página 3.

ACUERDO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE (cont.)

mi información o a eliminarla. Entiendo que estos derechos estatales no son absolutos y que solo aplican bajo ciertas circunstancias. Por lo tanto, reconozco que es posible que no reciba una respuesta a mi solicitud, hasta donde 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 se me discriminará por ejercer mis derechos, aunque entiendo que es posible que no me puedan prestar 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 de los programas o en ambos, BMS (y la Fundación, si así correspondiera) pueden solicitar documentación adicional para verificar mi información personal. Si falta información o no respondo a las solicitudes de documentos adicionales, mi participación se podrá demorar o quizás ya no pueda participar. Si califico para recibir asistencia para copagos o asistencia para medicamentos gratuitos de BMS y recibo dicha ayuda, 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, me comunicaré con Access

Support de BMS llamando al 1-800-861-0048. Si califico y recibo medicamentos gratuitos del programa de la Fundación, acepto cumplir con los términos y las condiciones del programa, y no obtendré reembolso por la asistencia que reciba de ningún tercero, incluyendo de un programa de seguros, otra organización de beneficencia o de una cuenta de ahorros para gastos médicos, gastos flexibles u otra cuenta de reembolso de gastos médicos. Si tengo Medicare Parte D, tampoco contabilizaré los medicamentos sin costo que reciba en los costos de bolsillo reales (TrOOP, por sus siglas en inglés). Entiendo que la ayuda de la Fundación es temporal y tengo que volver a solicitarla cada año, y puede que no sea elegible si tengo una cobertura de medicamentos de prescripción que pague mis medicamentos. A mi leal saber y entender, (1) mi plan de seguro no me exigió que aplicara al programa de la Fundación ni que cambiara u ocultara mi cobertura de seguro para que pareciera como que tengo un seguro insuficiente y era elegible para optar al programa de la Fundación. (2) La lista de contactos alternativos en mi solicitud (si existe) no se asocia con ningún representante de mi compañía de seguro ni con socios comerciales de la compañía de seguro. Acepto comunicarme inmediatamente con la Fundación al 1-800-736-0003 si mi seguro, tratamiento o situación financiera cambian de cualquier modo. Entiendo que los programas Access Support de BMS y la Fundación pueden suspenderse o pueden cambiar las reglas de participación en cualquier momento sin previo aviso.

Los pacientes pueden completar la Autorización y Acuerdo del Paciente por vía electrónica visitando <https://www.bmsaccesssupport.bmscustomerconnect.com/sign> o escaneando el siguiente código QR con un teléfono o tablet. Puede enviar por fax los documentos al 1-888-776-2370 o llamar al 1-800-861-0048 para obtener más ayuda.



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 por medio 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 LA DOCUMENTACIÓN DE SUS INGRESOS.
 Al escribir sus iniciales aquí se agilizará el tiempo de procesamiento de su solicitud y no afectará a su calificación crediticia.

HE LEÍDO ESTA AUTORIZACIÓN Y ACEPTO SUS TÉRMINOS:

! Nombre del paciente: _____ ! Fecha de nacimiento de paciente: ___/___/___

! Dirección del paciente: _____

! Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico preferida: _____

Nombre del representante personal: _____

! FIRMA DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE PERSONAL

Fecha: _____

Si lo firma el representante del paciente, indique a continuación la autoridad para actuar en nombre del paciente:

- Designación judicial Tutor legal Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones en materia de atención médica Otra

El paciente o su representante personal deben recibir una copia de este formulario una vez firmado. Se requiere documentación de poder notarial si firma alguien distinto al paciente.



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Los campos marcados con ! son obligatorios para procesar el formulario, incluida la firma del paciente en la página 3.

 **4. INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO:** *Debe ser completado por el proveedor de atención médica*

TRATAMIENTO IV	TRATAMIENTO ORAL
<input type="checkbox"/> EMPLICITI ® (elotuzumab) <input type="checkbox"/> OPDUALAG ™ (nivolumab and relatlimab – rmbw) <input type="checkbox"/> OPDIVO ® (nivolumab) <input type="checkbox"/> OPDIVO ® (nivolumab) + YERVOY ® (ipilimumab) <input type="checkbox"/> YERVOY ® (ipilimumab)	<input type="checkbox"/> SPRYCEL ® (dasatinib) <input type="checkbox"/> AUGTYRO ™ (repotrectinib) Para la oferta de prueba gratuita y el programa puente, consulte la pág. 6

! Código de diagnóstico principal: _____ Descripción: _____

¿Se está utilizando el medicamento de BMS en combinación con otro producto/tratamiento? Sí No

Enumere los medicamentos que se utilizarán en combinación con el tratamiento de BMS: _____

! ¿Ha iniciado el paciente el tratamiento? Sí No Fecha de tratamiento: ___/___/___ Dosis: _____

Tratamiento previo: Ninguno Cirugía Radiación Quimioterapia (especifique): _____

Línea de tratamiento: Neoadyuvante Adyuvante Primera Segunda Otro: _____

Tipo de tumor principal: _____ Histología: _____ Estadío: _____

Resultado de la prueba de biomarcadores: Positivo para PD-L1 Positivo para EGFR/ALK ROS1-positivo dMMR/MSI-H N/A Otro: _____

! Medicamentos dispensados a través de: Compra y factura Farmacia especializada

! Tratamiento intravenoso para ser administrado en: Consultorio médico Consulta externa Otro: _____

 **5. INFORMACIÓN PARA EL PRESCRIPTOR:** *Debe ser completado por el proveedor de atención médica*

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

! Nombre del médico: _____ ! Apellido: _____ ! N° de licencia estatal: _____

! N° de NPI del médico: _____ ! Número de identificación fiscal del prescriptor: _____ N° de Medicaid estatal: _____

! Nombre del centro: _____ ! Teléfono: _____ ! Fax: _____

Número de identificación fiscal del centro: _____ ! N° NPI del grupo: _____

! Dirección: _____ Suite: _____

! Ciudad: _____ ! Estado: _____ ! Código postal: _____

Nombre de contacto del consultorio: _____ Título: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____



Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Los campos marcados con ! son obligatorios para procesar el formulario, incluida la firma del paciente en la página 3.



6. CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO: Debe ser completado por el proveedor de atención médica

Certifico lo siguiente:

1. A mi leal saber y entender, la información del paciente y del médico en este formulario es completa y precisa;
2. Tengo la autoridad para revelar la información de este paciente a BMS, BMSPAF y a sus respectivos agentes y apoderados, y he obtenido la autorización de este 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 leal saber y entender, este paciente no tiene cobertura de seguro de medicamentos recetados (incluidos Medicaid, Medicare u otros programas públicos o privados), o no puede pagar los requisitos de gastos compartidos asociados con su cobertura de seguro para este medicamento, y la cobertura de seguro del paciente para este medicamento, si la hay, no requiere su solicitud a BMSPAF y/o no cambia ni oculta la cobertura de seguro del paciente para que parezca que no tiene cobertura suficiente y sea elegible para BMSPAF;
5. Notificaré de inmediato a BMSPAF si mi paciente está inscrito en BMSPAF y tengo conocimiento de que su seguro, tratamiento o estado de ingresos ha cambiado;
6. No enviaré una reclamación de seguro para reembolso ni presentaré ninguna otra reclamación de reembolso a nadie más, incluidos terceros pagadores (privados o del gobierno) o el paciente por los medicamentos gratuitos ofrecidos al paciente, y renuncio a cualquier apelación de cualquier denegación de cobertura de seguro, por el medicamento proporcionado por BMS o BMSPAF para este paciente. Tampoco contaré los medicamentos sin costo para los costos reales desembolsados (Troop, por sus siglas en inglés) de este paciente;
7. Cualquier medicamento proporcionado por BMS o BMSPAF a este paciente se usará solo para este paciente y no se revenderá, ni se pondrá en venta, intercambio o trueque, ni se devolverá para obtener crédito.

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

- He leído y me comprometo a cumplir con los **términos y las condiciones del Programa**.
- A mi leal saber y entender, este paciente satisface los requisitos de elegibilidad, y notificaré inmediatamente al Programa si cambia el estado de seguro del paciente.
- A mi leal saber y entender, la participación en este Programa no es incompatible con ningún contrato o acuerdo con un tercero pagador al cual este consultorio/centro enviará una factura o solicitud de reembolso para los medicamentos de BMS cubiertos y administrados al paciente.
- La factura o solicitud de reembolso que este consultorio/centro enviará al asegurador o al paciente para el pago del (los) medicamento(s) de BMS incluirá el (los) medicamento(s) de BMS enumerado(s) por separado de cualquier factura o reclamación de reembolso por administración de medicamentos o cualquier otro elemento o servicios proporcionados al paciente.
- No enviaré una solicitud de reclamación del seguro ni ninguna otra solicitud de reclamación de reembolso para el pago a ningún tercer pagador (privado o gubernamental) por el monto correspondiente a la asistencia que mi paciente reciba del Programa.
- Si este consultorio o centro recibe un pago directamente del Programa para este paciente, el consultorio/centro no aceptará el pago del paciente por la cantidad recibida del Programa.

Entiendo que BMS y BMSPAF

1. Podrán verificar toda la información facilitada y no permitir o suspender la participación si se recibe información inadecuada;
2. Podrán modificar, limitar o poner fin a estos programas, o retirar o interrumpir los medicamentos, en cualquier momento y sin previo aviso; y
3. Se fían de estas certificaciones.

 FIRMA

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

Fecha: ___/___/___

Los campos marcados con ! son obligatorios para procesar el formulario, incluida la firma del paciente en la página 3.

7. INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN PARA AUGTYRO™ (repotrectinib): Debe ser completado por el proveedor de atención médica

- > Esta sección deberá completarse únicamente si AUGTYRO™ es el medicamento que se está recetando.
- > Se requiere una nueva receta para los pacientes remitidos a la Fundación de Asistencia al Paciente de BMS.
- > Las recetas de AUGTYRO™ solo se aceptan por fax o a través del portal MyBMSCases.com del proveedor.

! Nombre del paciente: _____ ! Fecha de nacimiento: ____/____/____

! Código de diagnóstico principal: _____ Descripción: _____

! Alergia a medicamentos: _____ Sin alergias conocidas a medicamentos

! Medicamentos concomitantes: _____ Ningún otro tratamiento farmacológico Otras enfermedades conocidas: _____

1. SELECCIONE LA OFERTA DE PRUEBA GRATUITA*

Oferta opcional de prueba gratuita para los pacientes que cumplan los requisitos

- AUGTYRO™ 40 mg cápsulas, 4 cápsulas una vez al día durante 14 días, seguidas de 4 cápsulas dos veces al día. Dispensar 180 cápsulas. 0 resurtidos de recetas.
- El prescriptor ha proporcionado al paciente una muestra de 30 días en el consultorio*

Fecha: _____

2. SELECCIONE EL PROGRAMA PUENTE†

Programa puente opcional para pacientes elegibles con seguro privado

- Cápsulas AUGTYRO™ 40 mg. 4 cápsulas dos veces al día; Suministro para 30 días con 1 resurtido
- Cápsulas AUGTYRO™ 40 mg. Instrucciones _____ Suministro para 30 días con 1 resurtido

3. SELECCIONE LA FARMACIA ESPECIALIZADA

- Dosis de inicio:** Cápsulas AUGTYRO™ 40 mg, 4 cápsulas una vez al día durante 14 días, seguidas de 4 cápsulas dos veces al día. Dispensar 184 cápsulas. 0 resurtidos de recetas.
- Dosis de mantenimiento:** Cápsulas AUGTYRO™ 40 mg. 4 cápsulas dos veces al día
- Suministro para 30 días seguido de 11 resurtidos o _____ resurtidos
- Suministro para 90 días seguido de 3 resurtidos o _____ resurtidos
- Otro: _____

4. FARMACIA ESPECIALIZADA PREFERIDA

Nombre de la farmacia especializada preferida: _____ Farmacia de autoservicio

*Consulte los requisitos de elegibilidad adicionales y los términos y las condiciones en www.BMSAccessSupport.com. †La oferta de prueba gratuita no está disponible si el paciente ha recibido muestras.

AUTORIZACIÓN DEL PRESCRIPTOR

! Nombre del prescriptor: _____

! Dirección: _____

! Número de teléfono: _____ ! Fax: _____ ! N° de NPI: _____ Si es médico de nivel medio, médico supervisor _____

Certifico que (1) he recetado AUGTYRO™ basándome en mi criterio profesional de necesidad médica y que supervisaré el tratamiento médico del paciente; (2) Tengo autoridad para divulgar la información de este paciente a BMS y a sus respectivos agentes y proveedores de servicios, incluida la farmacia dispensadora, y he obtenido la autorización de este paciente para la divulgación, si así lo exige la HIPAA u otras leyes de privacidad aplicables; (3) A mi leal saber y entender, la información facilitada es exacta; (4) No solicitaré el reembolso de ningún producto gratuito proporcionado al paciente; y (5) He leído y cumpliré los términos y las condiciones del Programa. Autorizo al Programa Access Support de BMS a transmitir la(s) receta(s) arriba indicada(s) por cualquier medio conforme a la legislación aplicable a la farmacia dispensadora correspondiente.

Si así lo exige la legislación aplicable, adjunte copias de todas las recetas en formularios de prescripción oficiales estatales. Si se encuentra en los estados de AZ, FL, IA o NY, envíe también una receta electrónica (eRx) o una receta por fax directamente a la farmacia por cada receta seleccionada.

FIRMA DEL PRESCRIPTOR _____ Fecha: ____/____/____
Dispensar como está escrito* Sustituciones permitidas

*No se aceptan sellos de firma. El prescriptor debe cumplir los requisitos de prescripción específicos de su estado, como la prescripción electrónica, el formulario de prescripción específico del estado, lenguaje del fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos de cada estado podría dar lugar a una notificación al prescriptor.