

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____



SERVICIOS: para ser completado por el médico

Servicios solicitados (Seleccione todos los servicios deseados.)

Revisión de beneficios (RB), autorización previa (AP), asistencia en apelaciones (AA)

Programa de BMS de ayuda con los copagos por trasplante de riñón

Identificación de posibles proveedores de infusiones

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

TRATAMIENTO: para ser completado por el médico

Medicamentos recetados

NULOJIX® (belatacept)

Información del tratamiento

Diagnóstico del paciente - Código CIE primario: _____ Descripción: _____

Información del centro de trasplantes

Nombre del centro de trasplantes: _____

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

Nombre de contacto: _____ Función del contacto: _____

Teléfono de contacto: _____ Fax de contacto: _____

Nombre del médico del trasplante: _____ ID fiscal del centro de trasplantes: _____

Información del médico remitente (médico de atención primaria que remitió al paciente al centro de trasplantes)

Nombre del médico remitente: _____ Especialidad: _____

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

Teléfono del consultorio: _____ Fax: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____



INFORMACIÓN DEL MÉDICO: a completar por el médico responsable del cuidado del paciente después del trasplante

| | | | | |
|---|---------|------------------------|----------------|--|
| Nombre del médico tratante (nombre y apellido): | | | | |
| Especialidad del médico tratante: | | | | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: | |
| Teléfono del consultorio: | | Fax: | | |
| No. de ID fiscal del médico: | | No. de NPI del médico: | | |
| ¿El médico de atención primaria mencionado anteriormente está administrando NULOJIX® (belatacept) a este paciente? | | Si | No | Si respondió que no, complete la siguiente información |
| Nombre del centro de infusión: | | No. de NPI: | | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: | |
| Nombre de contacto del centro: | | Función del contacto: | | |
| Teléfono de contacto: | | Fax de contacto: | | |
| Si se solicita la identificación de posibles centros de infusión, indique la fecha en la que se necesita un centro de infusión alternativo: | | | | |

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO: para ser completado por el médico

Certifico lo siguiente: (1) A mi entender, la información del paciente y el médico en este formulario está completa y es precisa; (2) tengo la autoridad para revelar la información del paciente a BMS y sus respectivos agentes y cesionarios, y he obtenido la autorización de este paciente para la revelación si HIPAA u otras leyes aplicables de privacidad la requieren; y (3) he prescrito el medicamento para este paciente con base en mi criterio profesional de necesidad médica.

Certifico lo siguiente si el paciente se inscribe en el Programa de Asistencia de Copago de BMS Access Support para Trasplantes de Riñón:

- He leído y me comprometo a cumplir con los Términos y Condiciones del programa que figuran en la página 6.
- A mi entender, este paciente satisface los requerimientos de Elegibilidad, 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 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 pago del (los) medicamento(s) de BMS incluirá el (los) medicamento(s) de BMS enumerado(s) por separado de cualquier factura o solicitud de reembolso por administración de medicamentos o cualquier otro elemento o servicios proporcionados al paciente.
- No enviaré una solicitud de reembolso de seguro ni ninguna otra solicitud de reembolso para el pago a ningún tercero pagador (privado o gubernamental) por el monto correspondiente a la asistencia que mi paciente reciba del Programa.

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

 FIRMA

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

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

 **PACIENTE**

PACIENTE: para ser completado por el paciente

Información personal

| | | | |
|---|-------------------|----------|----------------------|
| Nombre del paciente (nombre y apellidos): | Masculino | Femenino | Fecha de nacimiento: |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Teléfono particular: | Teléfono celular: | | |

Información del seguro

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

! MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

| | |
|---|--------------------------------------|
| Proveedor del seguro secundario: | No. de póliza del seguro secundario: |
| Teléfono: | No. de grupo: Asegurado: |
| Proveedor del seguro secundario: | No. de póliza del seguro secundario: |
| Teléfono: | No. de grupo: Asegurado: |
| Cobertura de prescripción estatal, de veteranos u otra: | No. de póliza de prescripción: |
| Teléfono: | No. de grupo: Asegurado: |

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

| | | | |
|---------------------|-----------|--------|----------------------------|
| Estado de Medicaid: | No aplica | Negado | Solicitud pendiente |
| Estado de veterano: | Si | No | Ha aplicado para VA: Si No |



ACUERDO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE:

El programa BMS Access Support® es un programa de apoyo de Bristol-Myers Squibb Company (BMS) que ayuda a los pacientes a entender su cobertura de seguro y opciones de apoyo para medicamentos de BMS; tal como ayuda con los copagos y medicamentos gratuitos. Para participar en el programa BMS Access Support, necesitaremos recibir, usar y divulgar su información personal. Lea atentamente esta autorización y llame a BMS al 1-800-861-0048 si tiene alguna pregunta. Una vez que haya leído y aceptado este formulario, envíe por fax su copia firmada al 1-833-958-2087.

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

- Información de la inscripción al programa BMS Access Support.
- Mi información de contacto y fecha de nacimiento.
- Número de Seguro Social (que es voluntario).
- Información financiera y de ingresos.
- Información de los beneficios 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 revelará, recibirá y utilizará la información?

Esta autorización permite a mis cuidadores, que incluyen a mis proveedores de atención médica, farmacéuticos, planes de salud y aseguradoras médicas que me prestan servicios, así como a otras personas que yo digo que pueden ayudarme a presentar la solicitud (mis "cuidadores"), a que divulguen mi información personal a BMS y a sus representantes y agentes autorizados (sus "Administradores"). BMS y sus Administradores también pueden compartir mi información con mis cuidadores y con otros proveedores de atención médica, farmacéuticos, aseguradoras médicas y organizaciones benéficas para determinar si soy elegible o estoy inscrito en otro plan o programa.

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

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

- Procesar mi solicitud para el programa BMS Access Support y prestarme los servicios del programa, incluyendo verificar mis beneficios del 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.
- Comunicarse con mis cuidadores y conmigo sobre los programas de apoyo de BMS y los servicios disponibles para mí, incluida la asistencia de copago y, si así lo decido, para compartir mi información personal, incluyendo información sobre beneficios, con estos programas para ayudarme en la inscripción.
- Proporcionarme asistencia de copago, si soy elegible.
- Administrar los programas de apoyo de BMS, incluyendo el análisis del uso y la eficacia de los programas de apoyo de BMS, planificación comercial y de comunicaciones y mejora o desarrollo de materiales y servicios del programa.

4. ¿Cuándo expirará esta autorización?

Esta autorización tendrá una vigencia de 5 años, a menos que expire antes por ley o yo la cancele por escrito. Puedo cancelar esta autorización para uno o los dos programas escribiendo a:

BMS Access Support
P.O. Box 221509
Charlotte, NC 28222-1509

Si cancelo esta autorización para un programa, ya no podré participar en dicho programa. Ese programa dejará de usar o revelar mi información para los fines mencionados en esta autorización, salvo cuando sea necesario para finalizar mi participación o según lo exija o permita la ley. La cancelación de su autorización para estos programas no cancelará su participación en ningún otro programa de BMS.

(continúa en la siguiente página)



ACUERDO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE (cont.)

5. Avisos: Entiendo que una vez que se haya revelado mi información médica, es posible que las leyes de privacidad ya no limiten su uso o divulgación. Si cancelo esta autorización, el Programa dejará de usar o divulgar mi información para los fines aquí mencionados, salvo cuando lo permita o lo exija la ley o cuando sea necesario para finalizar mi participación en el Programa. También tengo derecho a recibir una copia de este formulario después de firmarlo. El Programa acuerda usar y divulgar mi información solo para los fines descritos en esta autorización o según lo permita o requiera la ley. Entiendo que BMS y sus Administradores no venden ni alquilan la información personal obtenida sobre mi persona en este programa. Entiendo además que puedo negarme a firmar esta autorización y que si me niego, mi elegibilidad para los beneficios del plan de salud y tratamiento por parte de mis proveedores de atención médica no cambiará pero no tendré acceso a los servicios del programa. Entiendo que determinadas leyes estatales pueden permitir el derecho a solicitar el acceso a mi información o su eliminación. Entiendo que estos derechos estatales no son absolutos y solo aplican en determinadas circunstancias. Por tanto, confirmo que BMS puede no responder o atender mis solicitudes

en la medida requerida o permitida en virtud de las leyes pertinentes. Acepto que es posible que necesite proporcionar más información para verificar mi identidad, tal como un documento de identidad emitido por el gobierno, antes de que BMS atienda una solicitud de acceso a mi información o de eliminación de la misma. BMS no me discriminará por ejercer mis derechos, pero entiendo que es posible que no pueda ofrecerme los servicios del programa si no es capaz de usar mi información. Para presentar 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 proporciono a BMS es veraz y completa. Acepto que, en cualquier momento durante mi participación en el Programa, BMS puede solicitar documentación adicional para verificar mi información personal. Si falta información o no respondo a las peticiones de documentos adicionales, mi participación podría retrasarse o quizás ya no pueda participar. Entiendo que el Programa se puede suspender o las normas de participación pueden cambiar en cualquier momento, sin previo aviso.

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 de paciente: _____ | Fecha: _____ |

 **FIRMA DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE LEGAL**

El paciente o su representante personal deben recibir una copia de ambas páginas de este formulario después de firmarlo. Se requiere documentación de Poder Notarial si firma otra persona que no sea el paciente. Puede enviar por fax los documentos al 1-833-958-2087 o llamar al 1-800-861-0048 para obtener más ayuda.

Términos y condiciones® del Programa de ayuda con los copagos de BMS Access Support para Trasplantes de Riñón

El programa de ayuda con los copagos BMS Kidney Transplant está diseñado para ayudar a los pacientes elegibles con seguro privado a quienes se les haya recetado un medicamento de BMS para trasplante de riñón con los requisitos de deducibles de bolsillo, copagos o coseguos.

Elegibilidad del paciente:

- El paciente tiene un seguro comercial (privado) que cubre los medicamentos recetados de Bristol Myers Squibb (BMS) pero su seguro no cubre el costo completo; es decir, usted tiene una obligación de copago (costo de bolsillo) por los medicamentos recetados.
- El paciente es un paciente adulto con trasplante de riñón tratado con un medicamento de BMS para trasplante de riñón con el fin de prevenir el rechazo del riñón.
- El paciente no está participando en ningún programa de atención médica estatal o federal, incluyendo Medicaid, Medicare, Medigap, CHAMPUS, TRICARE, Veterans Affairs (VA) o el Departamento de Defensa (DoD) ni en ningún programa estatal, para pacientes o de ayuda farmacéutica. Los pacientes que pasen de un seguro comercial (privado) a un programa de atención médica estatal o federal ya no serán elegibles. Si compró su seguro de prescripción a través de Health Exchange (también conocido como el Mercado de Seguros Médicos o el Mercado del Programa de Opciones para Pequeños Negocios [SHOP, por su sigla en inglés], usted califica en la actualidad.
- El paciente vive en los Estados Unidos o Puerto Rico.

Beneficios del programa:

- El paciente debe pagar los primeros \$50 del copago por cada dosis de medicamento de BMS cubierto por este Programa. Este Programa cubrirá el resto del copago, hasta un máximo de \$7,000 durante un año natural. Los pacientes son responsables por los costos que superen el máximo de \$7,000 del Programa.
- Para recibir los beneficios del Programa, el paciente o el proveedor debe enviar un formulario de Explicación de Beneficios (EOB, por su sigla en inglés) o un Aviso de Remisión (RA, por su sigla en inglés). El formulario enviado debe incluir el nombre del asegurador, la información del plan y demostrar que el medicamento de BMS respaldado por este Programa fue el medicamento administrado. El formulario se debe enviar en un plazo de 180 días de la fecha del EOB.
- El Programa puede aplicar a gastos retroactivos de bolsillo que ocurrieron en los 180 días anteriores a la fecha de la inscripción. Estos beneficios están sujetos al requisito de copago de \$50 del paciente y al máximo del Programa durante 12 meses de \$7,000.
- Los beneficios del Programa se limitan a los costos de copago por los medicamentos de BMS cubiertos por este Programa que el paciente reciba de manera ambulatoria. El Programa no cubrirá y no deberá aplicarse, al costo de ningún procedimiento

de administración de dosis, a ningún otro gasto de suministro o de servicio por parte de un proveedor de atención médica u otros costos de tratamiento, ni a ningún costo asociado con una hospitalización.

- Todos los pagos programados son únicamente para el beneficio del paciente.

Duración del programa:

- El periodo de inscripción es 1 año natural.

Términos y condiciones adicionales del Programa:

- Los pacientes, farmacéuticos y proveedores de atención médica, no deben buscar el reembolso del seguro de salud o de cualquier tercero, de ninguna parte del beneficio recibido por el paciente mediante este Programa. Los pacientes no deben buscar reembolso de ninguna cuenta de ahorros para gastos médicos, de gastos flexibles o de cualquier otra cuenta de reembolso de gastos médicos por el monto de la ayuda recibida del Programa.
- La aceptación de esta oferta confirma que esta oferta es coherente con el seguro del paciente. Los pacientes, farmacéuticos y proveedores de atención médica deben informar de la recepción de los beneficios de ayuda con el copago según lo exija el proveedor de seguros del paciente.
- Esta oferta no es válida con ningún otro programa, descuento o incentivo que involucre el medicamento BMS elegible para este Programa.
- Válido únicamente en los Estados Unidos y Puerto Rico; esta oferta es nula donde la prohíba, la grave o la restrinja la ley.
- Los beneficios del Programa son intransferibles.
- Sin cuotas de membresía.
- Esta oferta no está condicionada 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.