

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____



SERVICIOS: (para ser completado por el médico)

Servicios solicitados (Seleccione todos los servicios deseados)

Revisión de beneficios, autorización previa, ayuda con apelaciones

Programa BMS Access Support de asistencia para copagos

Remisión a la BMS Patient Assistance Foundation (BMSPAF)

La 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.

Revisión de los beneficios de las farmacias de especialidades

Farmacia de especialidades preferida: _____

Cobertura alternativa o soporte de investigación

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

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

TRATAMIENTO: (para ser completado por el médico)

Medicamentos recetados

EMLICITI® (elotuzumab)

OPDIVO® (nivolumab)

OPDIVO® (nivolumab) + YERVOY® (ipilimumab)

OPDUALAG™ (nivolumab and relatlimab-rmbw)

SPRYCEL® (dasatinib)

YERVOY® (ipilimumab)

Información del tratamiento

Diagnóstico del paciente, código CIE principal:

Descripción:

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

¿Terapia adyuvante? Sí No

¿Esta será? Monoterapia En combinación con:

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

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

Terapia previa administrada*

Fechas	Dosis (en mg)	Terapia administrada	Frecuencia

Terapia planificada*

Fechas	Dosis (en mg)	Terapia administrada	Frecuencia

*Incluya la combinación de medicamentos si es importante.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____



INFORMACIÓN DEL MÉDICO: (para ser completado por el médico)

Nombre del médico (nombre y apellido):			
No. de licencia estatal:		No. de NPI del médico:	
No. de ID fiscal del médico:		No. 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 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 revelación 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 para medicamentos (incluyendo Medicaid, Medicare u otros programas públicos o privados) o es incapaz de asumir los requisitos de participación en los costos asociados con su cobertura de seguro médico para este medicamento, y la cobertura de seguro médico del paciente para este medicamento, si alguna, no requiere su solicitud a BMSPAF y/o no cambia ni oculta la cobertura de seguro del paciente para hacer parecer que no tiene un seguro suficiente y que califica 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 solicitud de reclamación de seguro ni ningún otro reclamo de reembolso para el pago a ningún tercer pagador (privado o de gobierno) o 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 contabilizaré los medicamentos sin costo en los costos de bolsillo reales (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, 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 me comprometo a cumplir con los Términos y Condiciones del Programa que figuran en la página 6
- 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 pago del (los) medicamento(s) de BMS tendrán el (los) medicamento(s) de BMS enumerado(s) por separado de cualquier factura o solicitud de reembolso por administración de fármacos 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 tercero 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) podrían verificar toda la información proporcionada y no permitirán o suspenderán la participación si se recibe cualquier información inadecuada; **(2)** podrían modificar, limitar o finalizar estos programas, o retirar o suspender medicamentos, en cualquier momento sin previo aviso; y **(3)** dependen de 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: _____
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 principal: _____ No. de póliza del seguro principal: _____
Teléfono: _____ No. de grupo: _____ Asegurado: _____
Proveedor del seguro secundario: _____ No. de póliza del seguro secundario: _____
Teléfono: _____ No. de grupo: _____ Asegurado: _____
Cobertura de medicamentos de prescripción del estado, de veteranos u otra: _____ No. de póliza de medicamentos 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: Sí No Ha aplicado para VA: Sí No

Información financiera, farmacológica y de medicamentos

(Obligatorio si se solicita una cobertura alternativa o investigación de apoyo o remisión a BMSPAF)

Información financiera

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

Número de personas en su hogar (incluido usted, su cónyuge y sus dependientes): _____
Ingresos del hogar: Anuales: \$ _____ o mensuales: \$ _____
No. de Seguro Social (opcional): _____

Alergias a medicamentos: ¿Tiene alguna alergia a algún medicamento? Sí No Si es así, especifique: _____

Medicamentos: ¿Qué medicamentos está tomando actualmente? _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

 **PACIENTE**

ACUERDO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

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 sin costo a los pacientes que reúnen los requisitos. Para participar en el programa BMS Access Support o para hacer una solicitud para el programa Foundation, estos programas necesitarán recibir, usar y revelar su información personal. Lea atentamente esta autorización 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 revelará?

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 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 revelará, 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 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 remitirme a mí y a mis cuidadores a otros planes, apoyos, o programas de asistencia que me puedan ayudar
- Proporcionarme asistencia de copago 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, incluyendo información sobre mi medicación, 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 cada uno o para ambos programas, enviándola 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 cesará el uso o divulgación de mi información para los objetivos enumerados 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, debo volver a solicitarlos 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 se ha revelado mi información de salud, las leyes de privacidad no pueden restringir su uso o revelación. 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 al programa de 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 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 presentar una solicitud de acceso o eliminación, yo puedo llamar al 1-855-961-0474 o completar el formulario en línea en www.bms.com/dpo/us/request.

(continúa en la siguiente página)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

 **PACIENTE**

ACUERDO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE (cont.)

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 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 copago o asistencia de medicamentos gratuitos de BMS y las recibo, acepto cumplir con las reglas del programa 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 BMS Access Support llamando al 1-800-861-0048. Si califico y recibo medicamentos gratis del programa de la Fundación, acepto cumplir con las normas del programa de la Fundación; y No recibiré ningún reembolso por la ayuda que reciba de

cualquier otra persona u organismo, incluidos un programa de seguro, otro organismo de beneficencia o de una cuenta de ahorros para gastos médicos, gastos flexibles u otra cuenta de reembolso para 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. Acepto comunicarme inmediatamente con la Fundación al 1-800-736-0003 si mi seguro, tratamiento o situación financiera cambia de cualquier modo. A mi leal saber y entender, mi plan de seguro no me exigió que aplicara al programa BMSPAF ni que cambiara u ocultara mi cobertura de seguro para que pareciera como que tengo un seguro insuficiente y era elegible para optar al BMSPAF.

La lista de contactos alternativos en mi solicitud (si alguna) no se asocia con ningún representante de mi compañía de seguro ni con socios comerciales de la compañía de seguro.

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

Medicamentos recetados

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> EMPLICITI® (elotuzumab) | <input type="checkbox"/> OPDIVO® (nivolumab) | <input type="checkbox"/> OPDIVO® (nivolumab) + YERVOY® (ipilimumab) |
| <input type="checkbox"/> OPDUALAG™ (nivolumab and relatlimab-rmbw) | <input type="checkbox"/> SPRYCEL® (dasatinib) | <input type="checkbox"/> YERVOY® (ipilimumab) |

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 su documentación de ingresos.

Al escribir sus iniciales aquí se acelerará 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 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

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 de poder notarial si firma alguien distinto al paciente. Puede enviar por fax los documentos al 1-888-776-2370 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 [Programa solo disponible para EMPLICITI® (elotuzumab), OPDIVO® (nivolumab), OPDIVO® (nivolumab) + YERVOY® (ipilimumab), OPDUALAG™ (nivolumab and relatlimab – rmbw), y YERVOY (ipilimumab)]

El programa BMS Access Support de asistencia para copagos está diseñado para asistir a pacientes elegibles con seguro privado a los que les han recetado determinados medicamentos de BMS con requisitos de desembolso de bolsillo de deducibles, copagos o coaseguro.

Elegibilidad del paciente:

- Los pacientes deben tener seguro privado, pero su seguro no cubre el costo total del medicamento recetado de Bristol Myers Squibb (BMS). La asistencia para copagos no es válida en los casos en que el seguro reembolse el costo total del medicamento.
- Los pacientes no califican si están participando en cualquier programa estatal o federal de atención médica, incluyendo Medicaid, Medicare, Medigap, CHAMPVA, TriCare, Veterans Affairs (VA), o Departamento de Defensa (DoD), o cualquier otro programa estatal, de paciente o de asistencia farmacéutica. Ya no serán elegibles los pacientes que se cambian de un seguro privado a un programa de atención médica federal o estatal.
- Los pacientes que paguen en efectivo no son elegibles para la asistencia con los copagos.
- Los pacientes o sus tutores deberán tener 18 años de edad o más.
- Los pacientes deben vivir en los Estados Unidos o Puerto Rico.

Beneficios del programa:

- Para pacientes elegibles con seguro privado, el paciente podría pagar tan poco como \$0 por infusión.
- Este Programa cubrirá el copago de cada dosis de un medicamento de BMS, hasta un máximo de \$25,000 por medicamento de BMS durante un año calendario.
- Los pacientes son responsables por cualquier costo que exceda el máximo de \$25,000 por medicamento de BMS.
- Con el fin de recibir los beneficios del programa, el paciente o el proveedor deben presentar un formulario de Explicación de Beneficios (EOB), o un Aviso de Reintegro (RA). El formulario enviado debe incluir el nombre del asegurador, la información del plan y debe mostrar que el medicamento BMS financiado por este Programa fue el medicamento que se proporcionó. El formulario se debe enviar en el plazo de 180 días contados desde la fecha de procesamiento de la reclamación.
- El Programa puede aplicar de manera retroactiva a gastos 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 \$25,000 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 ni se aplicará al costo de ningún procedimiento de dosificación,

ningún otro servicio de atención médica, cargos de suministro o cualquier otro costo de tratamiento ni cualquier otro costo asociado a una hospitalización.

- Todos los pagos del Programa son únicamente para beneficio del paciente.

Duración del Programa:

- El período de inscripción es 1 año calendario.

Términos y condiciones adicionales del Programa:

- Los pacientes, farmacéuticos y proveedores de atención médica no deben buscar el reembolso del seguro de atención médica ni de ningún tercero por ninguna parte de los beneficios recibidos por el paciente mediante este programa. Los pacientes no deben solicitar reembolso de ninguna cuenta de ahorro para gastos médicos, gastos flexibles u otras cuentas de reembolso de gastos médicos por el monto de la asistencia recibida mediante este programa.
- La aceptación de esta oferta confirma que esta oferta es compatible con el seguro del paciente. Los pacientes, farmacéuticos y proveedores de atención médica deben reportar la recepción de los beneficios de asistencia de copago ya que su aseguradora puede requerirlo.
- Los beneficios del Programa no son transferibles y se limitan a uno (1) por paciente y por medicamento. Esta oferta no puede combinarse con ninguna otra oferta, rebaja, cupón o prueba gratuita.
- 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.
- No hay gastos de afiliación.
- 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.