

**BRISTOL-MYERS SQUIBB PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC.  
PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE PARA ABILIFY**

**P.O. Box 8309  
Somerville, NJ 08876  
Teléfono: (800) 736-0003  
Fax: (866) 598-5561**

Estimado solicitante:

Gracias por su interés en el Programa de Bristol-Myers Squibb Patient Assistance Foundation (BMSPAF). Adjunto encontrará el formulario de solicitud que pidió.

Para participar en nuestro programa, es importante que complete toda la información solicitada y que firme donde se indica. Las solicitudes incompletas serán devueltas.

**REQUISITOS PARA EL PACIENTE:**

- ✓ Debe vivir en los E.E.U.U., Puerto Rico o las Islas Virgenes de los E.E.U.U. y usted no debe tener una cobertura para medicamentos recetados, como por ejemplo: Medicaid o Medicare Parte D.
- ✓ Complete y firme la sección de Información del paciente.
- ✓ Adjunte una fotocopia del ingreso ANUAL del hogar [Formulario de declaración de impuestos federal (1040), ingreso de seguro social (SSA 1099), pensiones, intereses, jubilación, manutención de menores].

**REQUISITOS PARA LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LOS INGRESOS:**

**Ingreso total del hogar no debe superar los criterios de ingresos que se detallan a continuación (cantidades pueden cambiar anualmente):**

Cantidad de personas en el hogar	48 estados contiguos y D.C.	Alaska	Hawai
1	\$27,225	\$34,000	\$31,350
2	\$36,775	\$45,950	\$42,325
3	\$46,325	\$57,900	\$53,300
4	\$55,875	\$69,850	\$64,275
5	\$65,425	\$81,800	\$75,250
<b>Por cada persona adicional, sume</b>	<b>\$9,550</b>	<b>\$11,950</b>	<b>\$10,975</b>

**REQUISITOS PARA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:**

- ✓ Complete y firme la sección del proveedor de atención médica. No es necesario incluir una receta.
- ✓ **Proporcione su número de licencia estatal a fin de procesar la solicitud.**
- ✓ Complete la sección de las instrucciones de receta; incluido el nombre del fármaco, la dosis farmacéutica y la cantidad por día.
- ✓ Detalle una dirección de envío para la dirección física de su consultorio. No se puede enviar a la casa del paciente ni a una casilla postal.
- ✓ Complete TODA la solicitud. Cuando solicite un cambio de dosis para un paciente existente, indique “SÍ” en la parte “cambio en el plan de administración” de la solicitud y proporcione la nuevas instrucciones recetadas.

**PRESENTE LAS SOLICITUDES COMPLETADAS SELECCIONANDO UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:**

- ✓ CORREO POSTAL: Abilify Patient Assistance Program  
P.O. Box 8309  
Somerville, NJ 08876
- ✓ FAX: 1-866-598-5561 (Por favor, NO envíe por fax varias presentaciones de la solicitud).

Se le notificará por correo postal una vez que completemos nuestra revisión y evaluación. Tenga en cuenta que las reglas del programa están sujetas a cambio sin previo aviso. Si tiene alguna pregunta o necesita más ayuda, llame al 1-800-736-0003, entre las 9:00 a.m. y las 6:00 p.m. hora del este, de lunes a viernes.

Atentamente,  
Bristol-Myers Squibb  
Patient Assistance Foundation, Inc.  
Adjunto

**BRISTOL-MYERS SQUIBB PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC.  
PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE PARA ABILIFY**

P.O. Box 8309 | Somerville, NJ 08876 | Teléfono: (800) 736-0003 | Fax: (866) 598-5561



**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre: Inicial 2º nom.: Apellido:		Fecha de nacimiento: / /	
Dirección donde usted vive:		Ciudad:	Estado: Código postal:
Dirección postal (si diferente de la línea arriba):		Ciudad:	Estado: Código postal:
Número de seguro social:		Número de teléfono: ( )	
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Nombre del contacto:	

**INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE – ADJUNTE COMPROBANTE DE INGRESO ANUAL DEL HOGAR (OBLIGATORIO)**

**INGRESO TOTAL ANUAL DEL HOGAR** (incluya todos los ingresos anuales, salarios, seguro social, pensión, discapacidad, intereses ganados en ahorros, etc.) \$ \_\_\_\_\_

**\* Si usted ha indicado que no tiene ingresos (\$0), su aplicación puede ser sujeta a una auditoría o requerir documentos adicionales.**

Tamaño del hogar (cantidad de personas que viven en el hogar): \_\_\_\_\_

Seguro privado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Medicare A	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cobertura de medicamentos recetados	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Medicare B	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Medicaid	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Medicare D	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Presentó una solicitud para Medicaid en el pasado y le fue negada?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Beneficios de veterano o militar	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Doy fe de que la información anterior está completa y es precisa. Doy fe de que no tengo ninguna cobertura de seguro para el medicamento indicado, incluido Medicaid, Medicare o cualquier otro programa público o privado y que no tengo recursos financieros suficientes para pagar el tratamiento recetado. Con mi firma, autorizo la divulgación de información sobre mí y mi afección médica a Bristol-Myers Squibb Patient Assistance Foundation (BMSPAF) y/o sus agentes. Autorizo a BMSPAF y/o sus agentes a usar y divulgar dicha información para que se evalúe mi elegibilidad para la inscripción en BMSPAF y la administración de BMSPAF, lo que puede incluir contactar a mi aseguradora, programas públicos de financiación, trabajadores sociales, organizaciones de defensoría, proveedores de atención médica u otras personas u organismos que BMSPAF pueda considerar pertinentes, para la divulgación de todos mis registros o información solicitada con respecto a mi elegibilidad y a los beneficios bajo el programa. Además, acepto que en cualquier momento mientras esté inscrito, BMSPAF puede solicitar información adicional para autenticar las afirmaciones realizadas en mi solicitud. BMSPAF y/o sus agentes aceptan no divulgar ninguna información a ningún tercero, excepto según esté autorizado por mí o según lo exija la ley. Entiendo y reconozco que esta asistencia es temporal y que este programa se puede cambiar o interrumpir en cualquier momento sin previo aviso. Entiendo que BMSPAF y/o sus agentes están confiando en esta información.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del defensor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA A SER COMPLETADA POR EL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA**

Nombre: Apellido:		Designación profesional:	
Número de licencia estatal:			
Dirección de envío 1: (no se puede enviar a una casilla postal)			
Dirección de envío 2:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Código de diagnóstico:
Nombre del contacto:		Teléfono: ( )	Fax: ( )

**MEDICAMENTO SOLICITADO (ELIJA):**

<input type="checkbox"/> Abilify Solución oral 150 ml _____ cant./ día	<input type="checkbox"/> Abilify 2 mg _____ cant./ día	<input type="checkbox"/> Abilify 5 mg _____ cant./ día	<input type="checkbox"/> Abilify 10 mg _____ cant./ día	<input type="checkbox"/> Abilify 15 mg _____ cant./ día	<input type="checkbox"/> Abilify 20 mg _____ cant./ día	<input type="checkbox"/> Abilify 30 mg _____ cant./ día
<input type="checkbox"/> Abilify 10 mg DISCMELT® _____ cant./ día	<input type="checkbox"/> Abilify 15 mg DISCMELT® _____ cant./ día	¿Es éste un cambio en el plan de administración de un miembro existente de BMSPAF?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		

Declaro que toda la información que he proporcionado sobre este paciente está completa, es precisa y coherente con las leyes y reglamentaciones de privacidad pertinentes, y entiendo que BMSPAF y/o sus agentes están confiando en esta información. A mi leal saber y entender, este paciente no tiene cobertura de seguro de medicamentos recetados para el medicamento indicado, incluido Medicaid, Medicare u otros programas públicos o privados. Reconozco y acepto no presentar una reclamación de seguro ni ninguna otra reclamación de pago a ningún tercero pagador (privado o del gobierno) por el medicamento. Entiendo que BMSPAF se reserva el derecho de modificar o terminar este programa en cualquier momento. Mi firma certifica que el medicamento recibido de BMSPAF no será revendido ni ofrecido para la venta, comercialización o trueque y no será devuelto para obtener un crédito. Entiendo que BMSPAF se reserva el derecho de retirar del mercado o discontinuar el producto en cualquier momento sin previo aviso.

Firma del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_