



**BRISTOL-MYERS SQUIBB PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC.  
PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE PARA ORENCIA® (ABATACEPT)**

**P.O. Box 991  
Somerville, NJ 08876  
Teléfono: (800) 736-0003  
Fax: (866) 694-2545**

Estimado solicitante:

Gracias por su interés en el Programa de Asistencia al Paciente para ORENCIA® (abatacept) de Bristol-Myers Squibb Patient Assistance Foundation (BMSPAF). Adjunto encontrará el formulario de solicitud que pidió.

Para participar en nuestro programa usted 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 ni recibir ningún beneficio que lo ayude a pagar medicamentos recetados, como por ejemplo: Medicaid, Medicare Parte D, programas para medicamentos recetados patrocinados por el estado, programa de cobertura de medicamentos de empleado, militar, jubilación o pensión. Tenga en cuenta que las tarjetas de descuento para farmacia o los programas de asistencia al paciente de compañías de medicamentos no se consideran cobertura de medicamentos recetados, y si usted participa en estos programas aún puede calificar para obtener asistencia.

Es importante que complete toda la información solicitada y que firme donde se indica. Las solicitudes incompletas serán devueltas.

**REQUISITOS PARA EL PACIENTE:**

- ✓ 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, 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	\$32,670	\$40,800	\$37,620
2	\$44,130	\$55,140	\$50,790
3	\$55,590	\$69,480	\$63,960
4	\$67,050	\$83,820	\$77,130
5	\$78,510	\$98,160	\$90,300
Por cada persona adicional, sume	\$11,460	\$14,340	\$13,170

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

- ✓ Complete y firme la sección de Información del proveedor de atención médica. No es necesario incluir una receta.
- ✓ **Proporcione su número de licencia estatal a fin de procesar la solicitud.**
- ✓ Incluya TODA la información del producto, incluido el nombre del producto, la dosis/dosis farmacéutica, la frecuencia y las fechas planificadas de tratamiento. ***Si el paciente está presentando una nueva solicitud para el programa, o está solicitando una repetición del medicamento, la solicitud debe incluir la(s) fecha(s) del tratamiento administrado desde el último envío recibido a través de este programa.***
- ✓ Detalle una dirección de envío de un centro de atención médica autorizado. El producto no se enviará a la casa de un paciente ni a una casilla postal.
- ✓ Complete TODA la solicitud.

**PRESENTE LA SOLICITUD COMPLETADA SELECCIONANDO UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:**

- ✓ **CORREO POSTAL:** BMSPAF ORENCIA® (abatacept) Patient Assistance  
P.O. Box 991  
Somerville, NJ 08876
- ✓ **FAX:** (866) 694-2545 (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 (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 ORENCIA® (ABATACEPT)**  
 P.O. Box 991 | Somerville, NJ 08876 | Teléfono: (800) 736-0003 | Fax: (866) 694-2545

INFORMACIÓN DEL PACIENTE A SER COMPLETADA POR EL PACIENTE O TUTOR LEGAL			
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:	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Número telefónico: ( )	
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, pensiones, intereses ganados en ahorros, discapacidad, manutención de menores, etc.): \$ _____			
<i>* Si usted ha indicado que no tiene ingresos (\$0), su aplicación puede ser sujeta a una auditoría o requerir documentos adicionales.</i>			
Tamaño del hogar (cantidad de personas que viven en el hogar):			
¿Tiene alguna cobertura pública o privada para medicamentos recetados o está en algún programa de beneficios que lo ayude apagar sus medicamentos recetados? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Doy fe de que la información anterior y adjunta está completa y es precisa. Autorizo la divulgación de información sobre mí y mi afección médica a Bristol-Myers Squibb Patient Assistance Foundation (BMSPAF) y/o sus agentes con el propósito de usar y revelar la misma para la evaluación de mi elegibilidad para la inscripción y administración del Programa de Asistencia al Paciente para ORENCIA® (abatacept) de BMSPAF, lo que puede incluir contactar y recibir información médica de mi aseguradora, programas públicos de financiación, organizaciones de defensoría, proveedores de atención médica u otras personas u organismos que BMSPAF pueda considerar pertinentes. 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 en la presente o de otra forma o según lo exija o permita la ley. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a la dirección de BMSPAF que se detalla anteriormente. Si revoco esta autorización, ya no calificaré para este programa. Entiendo y reconozco que esta asistencia es temporal y que este programa se puede cambiar o interrumpir en cualquier momento sin previo aviso. Además certifico que, con respecto a cualquier producto proporcionado bajo este programa, no buscaré reembolso ni crédito de ninguna aseguradora de medicamentos recetados pública ni privada.

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

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA A SER COMPLETADA POR EL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA			
Nombre:	Apellido:	Dirección de envío, si difiere de la dirección postal:	
Número de licencia estatal:	NPI:	<input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica <input type="checkbox"/> Proveedor de la infusión	
Nombre del centro de atención:		Nombre del centro de atención:	
Dirección postal:		Dirección de envío:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad: Estado: Código postal:
Nombre del contacto:		Nombre del contacto:	
Teléfono de contacto:		Teléfono de contacto: Fax de contacto:	
Diagnóstico (código ICD-9):		Descripción:	
PRODUCTO SOLICITADO	DOSIS (mg o unidad)	FRECUENCIA	FECHA(S) PLANIFICADA(S) DE TRATAMIENTO DE PACIENTE AMBULATORIO
Tratamiento inicial con Orenzia (Protocolo)		0, 2, 4 semanas	
Tratamiento de mantenimiento con Orenzia			
COMPLETE ESTA SECCIÓN SÓLO SI ESTÁ PRESENTANDO UNA NUEVA SOLICITUD PARA EL PROGRAMA			
PRODUCTO ADMINISTRADO	DOSIS (mg o unidad)	FRECUENCIA	FECHA(S) DE TRATAMIENTO ANTERIOR (de organigramas)*
Orenzia			

\*Los organigramas de infusión de tratamientos anteriores se pueden solicitar con fines de auditoría, como comprobante de administración del producto recibido a través del Programa de Asistencia al Paciente para Orenzia de BMSPAF.

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: \_\_\_\_\_