

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE:

> Los pacientes deberán firmar la Autorización y acuerdo del paciente en la página 4 para poder presentar este formulario. Si falta información o la firma del paciente, puede ocasionar demoras.

*** CAMPO OBLIGATORIO**

* Nombre: _____ IM: _____ * Apellido: _____ * Fecha de nacimiento: ____/____/____ * Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐
* Dirección: _____ * Ciudad: _____ * Estado: _____ * Código postal: _____
* Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Idioma preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____
Nombre del contacto alternativo: _____ Relación: _____ Teléfono alternativo: _____

> El contacto alternativo no puede ser una persona asociada ni un representante de la compañía de seguros del paciente o sus socios comerciales.

INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO: Para que lo complete el profesional de la salud

TERAPIA ADMINISTRADA POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD

☐ OPDIVO® (nivolumab)[†], inyección para uso intravenoso

☐ OPDIVO Qvantig™ (nivolumab e hialuronidasa-nvhy)[†], inyección para uso subcutáneo

☐ OPDIVO® (nivolumab)[†] + YERVOY® (ipilimumab)

[†]Para una revisión de beneficios dobles o para pacientes que hacen la transición de inyección intravenosa a subcutánea, seleccione **Revisión de beneficios dobles** en la sección **Servicios solicitados** a continuación.

☐ OPDUALAG™ (nivolumab y relatlimab-rmbw)

☐ ABRAXANE® (partículas unidas a proteínas de paclitaxel para suspensión inyectable) (unión a la albúmina)

☐ EMLICITI® (elotuzumab)

☐ ISTODAX® (romidepsina)

☐ REBLOZYL® (luspatercept-aamt)

☐ VIDAZA® (azacitidina)

☐ YERVOY® (ipilimumab)

TERAPIA ORAL

☐ AUGTYRO® (repotrectinib)[†]

☐ IDHIFA® (enasidenib)

☐ INREBIC® (fedratinib)

☐ KRAZATI® (adagrasib)[†]

☐ ONUREG® (azacitidina)

☐ POMALYST® (pomalidomida)

☐ REVLIMID® (lenalidomida)

☐ SPRYCEL® (dasatinib)

☐ THALOMID® (talidomida)

[†]Para obtener una oferta de prueba gratuita y el programa Bridge, consulte la página 6.

* Entrega de medicamentos a través de: ☐ Buy and Bill (Compra y facturación) ☐ Farmacia de especialidad

* Tratamiento administrado por un profesional de la salud en: ☐ Consultorio del médico ☐ Ambulatorio ☐ Otro: _____

Dosis: _____ * Código del diagnóstico primario: _____ Descripción: _____

¿El medicamento de BMS se usa en combinación con otro producto/terapia? ☐ Sí ☐ No

Enumere los medicamentos que se usarán en combinación con la terapia de BMS: _____

Línea de terapia: ☐ Primera ☐ Segunda ☐ Tercera+ Contexto de terapia: ☐ Neoadyuvante ☐ Adyuvante

* ¿El paciente comenzó la terapia? ☐ Sí ☐ No Fecha del tratamiento: ____/____/____

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

OBLIGATORIO PARA OPDIVO, OPDIVO QVANTIG, OPDIVO + YERVOY Y OPDUALAG ÚNICAMENTE:

Tipo de tumor primario: _____ Histología: _____ Estadío: _____

Resultado del análisis de biomarcadores ☐ PD-L1 ☐ RFCE o ALK ☐ dMMR/MSI-H ☐ N/C ☐ Otro: _____

* SERVICIOS SOLICITADOS (marque todas las opciones que correspondan): Para que lo complete el profesional de la salud

☐ Revisión de beneficios, autorización previa, asistencia para apelaciones

☐ Revisión de beneficios dobles, disponible solo para OPDIVO y OPDIVO Qvantig. Consulte la sección **Información del tratamiento** más arriba.

☐ Programa de asistencia con copagos de Access Support de BMS.[§]

Para conocer los Términos y condiciones del programa, visite www.BMSAccessSupport.com/co-pay-financial-assistance.

[§]No disponible para VIDAZA o ISTODAX.

☐ Oferta de prueba gratuita, programa comercial Bridge, receta para farmacia de especialidad.

Disponible solo para AUGTYRO y KRAZATI. Requiere receta. Consulte la página 6. Para conocer los Términos y condiciones, [haga clic aquí](#).

☐ Cobertura alternativa o Apoyar la investigación (p. ej., derivación a una fundación de caridad independiente)

☐ Derivación a BMS Patient Assistance Foundation (BMSPAF). BMSPAF es una organización independiente sin fines de lucro que ayuda a los pacientes elegibles a obtener medicamentos gratuitos. Visite BMSPAF.org para conocer los requisitos de elegibilidad.
> BMS no puede garantizar la aceptación por parte de ningún programa o fundación.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: ____/____/____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

► Complete todos los campos que correspondan. Recuerde incluir una copia del frente y el reverso de la tarjeta del seguro del paciente para cada tipo de seguro.

* El paciente tiene seguro: ☐ Sí ☐ No ¿Está la autorización del paciente en el archivo? ☐ Sí ☐ No N.º de aut. _____

* Tipo de seguro: ☐ Privado/patrocinado por el empleador ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Otro (p. ej., VA, TRICARE) _____

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

	*SEGURO PRINCIPAL	SEGURO SECUNDARIO	SEGURO PARA MEDICAMENTOS CON RECETA (PBM)
Nombre del plan/estado	*		
N.º de teléfono del plan	*		
N.º de ID de la póliza	*		
Número de grupo	*		
Otro titular de la póliza (si no es el paciente)			
Relación del otro titular de la póliza con el paciente			
Fecha de nacimiento del otro titular de la póliza			

► Una vez que haya completado esta página, continúe con la Autorización y acuerdo del paciente en las páginas 3 y 4.

INFORMACIÓN FINANCIERA: ► Requerida si se solicita Cobertura alternativa, Apoyar la investigación o Derivación a la BMSPAF.

Cantidad de personas en su hogar (incluido usted mismo, su cónyuge y sus dependientes): _____ Ingresos familiares: anuales \$ _____ o mensuales \$ _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA: Para que lo complete el profesional de la salud

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

* Nombre del médico: _____ * Apellido: _____

* N.º de NPI del médico: _____ * ID fiscal del médico que receta: _____

* N.º de licencia estatal: _____ N.º de Medicaid estatal: _____

* Nombre de la instalación: _____ * Teléfono: _____ * Fax: _____

N.º de ID fiscal de la instalación: _____ * N.º de NPI del grupo: _____

* Dirección: _____ Suite: _____

* Ciudad: _____ * Estado: _____ * Código postal: _____

* Nombre de contacto del consultorio: _____ Cargo: _____

Correo electrónico: _____ * Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN Y ACUERDO DEL PACIENTE: *Para que lo complete el paciente.*

El programa Access Support® de BMS es un programa de apoyo de Bristol-Myers Squibb Company ("BMS") que ayuda a los pacientes a comprender su cobertura de seguro y las opciones de asistencia financiera para los medicamentos de BMS, como asistencia para copagos y medicamentos gratuitos.

BMS también evalúa la asistencia para el paciente de la Bristol Myers Squibb Patient Assistance Foundation, Inc. ("la Fundación"), una organización sin fines de lucro independiente que proporciona medicamentos gratuitos a los pacientes que reúnen los requisitos. Para participar en el programa Access Support de BMS o para presentar una solicitud para el programa de la Fundación, estos programas deberán recibir, usar y divulgar su información personal. Lea atentamente esta autorización para BMS y la Fundación y comuníquese con 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 1-888-776-2370.

1. ¿Qué información se usará y divulgará?

Mi información personal se divulgará, la cual incluye:

- Información del formulario de inscripción de Access Support de BMS
- Mi información de contacto y fecha de nacimiento
- Número de seguro social (que es voluntario)
- Información profesional y laboral
- Información financiera e ingresos
- Información del seguro
- Registros médicos e información, incluidos medicamentos
- Información biométrica y genética, incluidas pruebas para identificar el tipo de enfermedad que tengo y/o los medicamentos indicados para mi tratamiento

2. ¿Quién divulgará, recibirá y usará la información?

Esta autorización permite que mis cuidadores, que incluyen profesionales de la salud, farmacéuticos, planes de salud y aseguradoras de salud que me proporcionan servicios, así como otras personas que manifiesto que pueden ayudarme a presentar la solicitud, divulguen mi información personal a BMS, a la Fundación y a sus representantes y cesionarios autorizados (sus "Administradores"). BMS y la Fundación y sus administradores también pueden compartir mi información con mis cuidadores y con otros profesionales de la salud, farmacéuticos, aseguradoras de salud y organizaciones de caridad para determinar si soy elegible o si estoy inscrito en otro plan o programa.

3. ¿Cuál es el propósito de los usos y divulgaciones?

Mi información personal será utilizada y compartida con las personas y organizaciones descritas en esta autorización para lo siguiente:

- Procesar mi solicitud para los programas Access Support de BMS y/o de la Fundación.
- Proporcionarme los servicios del programa Access Support de BMS, incluida la verificación de mis beneficios de seguro, la investigación de opciones de cobertura del seguro y mi derivación y la de mis cuidadores a otros planes, apoyo o programas de asistencia que puedan ayudarme.
- Proporcionarme asistencia para copagos, si soy elegible.
- Comunicarse con mis cuidadores y conmigo acerca de los programas y servicios que están disponibles.

- Comunicarse con otros profesionales de la salud y organizaciones benéficas para determinar si soy elegible o si estoy inscrito en otro plan o programa.
- Proporcionarme medicamentos gratuitos a través de BMS o la Fundación, si reúno los requisitos.
- Mejorar o desarrollar los servicios de los programas y otros fines comerciales internos, incluidos datos analíticos.
- Proporcionarme otra información y ofertas que BMS considere que pueden ser de mi interés, incluida información sobre mis medicamentos, recordatorios de resurgido, encuestas y alertas.
- BMS también puede usar mi información médica para combinarla con otra información que BMS pueda recopilar sobre mí y mi tratamiento, y utilizarla para los fines descritos anteriormente.

4. ¿Cuándo vencerá esta autorización?

Esta autorización estará en vigencia durante 5 años, a menos que venza antes por ley o yo la cancele por escrito. Puedo cancelar esta autorización para uno o ambos programas escribiendo a la siguiente dirección: BMS Access Support P.O. 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 fines indicados en esta autorización, excepto según sea necesario para dar por finalizada mi participación o según lo exija o permita la ley.

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

5. Avisos:

Comprendo que, una vez que mi información médica se haya divulgado, es posible que las leyes de privacidad ya no protejan su uso o divulgación. BMS, la Fundación y sus Administradores aceptan usar y divulgar mi información solo para los fines descritos en esta autorización o según lo permita o exija la ley. Comprendo que BMS o la Fundación no venden ni alquilan la información personal recopilada sobre mí de este Programa. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de que la haya firmado. También comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, si me niego a participar, mi elegibilidad para los beneficios del plan de salud y el tratamiento por parte de los profesionales de la salud no cambiará, pero no tendré acceso a los programas Access Support® o de la Fundación de BMS. Comprendo que determinadas leyes estatales pueden permitir el derecho a solicitar el acceso a mi información o la eliminación de esta. Comprendo que estos derechos estatales no son absolutos y que solo se aplican en determinadas circunstancias. Por lo tanto, reconozco que es posible que no reciba una respuesta a mi solicitud en la medida en que lo exijan o permitan las leyes pertinentes. Acepto que es posible que deba proporcionar información adicional para verificar mi identidad, como una identificación emitida por el gobierno, antes de que se haga efectiva mi solicitud de acceso o eliminación de mi información. No seré discriminado por ejercer mis derechos, pero comprendo que no podré recibir los servicios del Programa si no permito el uso de 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.

(continuación)

AUTORIZACIÓN Y ACUERDO DEL PACIENTE, cont.**6. Certificaciones de los pacientes:**

Certifico que la información personal que proporciono a BMS y a la Fundación es verdadera y completa. Acepto que, en cualquier momento durante mi participación en uno o en ambos programas, BMS (y la Fundación, si corresponde) pueden solicitar documentación adicional para verificar mi información personal. Si falta información o no respondo las solicitudes de documentos adicionales, es posible que mi participación se retrase o que ya no pueda participar. Si reúno los requisitos para recibir asistencia para copagos o asistencia para medicamentos gratuitos de BMS, acepto cumplir con las reglas del programa de BMS y no recibiré reembolso alguno por la asistencia que reciba de alguien más, incluidos programas de seguro, otras organizaciones benéficas o de cuentas de ahorros para la salud, gastos flexibles u otra cuenta de reembolsos para salud. Comprendo que la asistencia puede ser temporal y que es posible que deba presentar una solicitud cada año. Si mi seguro o tratamiento cambia de alguna forma, me comunicaré con Access Support de BMS al 1-800-861-0048. Si reúno los requisitos y recibo medicamentos gratuitos del programa de la Fundación, acepto cumplir con las reglas del programa de la Fundación y no recibiré reembolso alguno por asistencia que reciba de alguien más, incluidos programas de seguro, otras organizaciones benéficas o de cuentas de ahorros para la salud, gastos flexibles u otra cuenta de reembolsos para salud. Si tengo Medicare Parte D, tampoco contaré ningún medicamento gratuito que reciba como parte de mis gastos de bolsillo reales (true out-of-pocket costs, TrOOP). Comprendo que la ayuda de la Fundación es

temporal, que debo volver a presentar una solicitud cada año y que es posible que no sea elegible si tengo una cobertura para medicamentos recetados que pagará por mi medicamento. Según mi leal saber y entender, (1) mi plan de seguro no requería que presentara una solicitud a la Fundación y/o que cambiara u ocultara mi cobertura de seguro para parecer estar no asegurado y ser elegible para la Fundación; (2) el contacto alternativo que figura en mi solicitud (si corresponde) no está asociado con mi compañía de seguros ni con un representante de mi compañía de seguros ni con socios comerciales de la compañía de seguros. Acepto comunicarme de inmediato con la Fundación al 1-800-736-0003 si mi seguro, tratamiento o situación financiera cambian de alguna forma. Comprendo que los programas Access Support y de la Fundación de BMS pueden interrumpirse o que las reglas para la participación pueden cambiar en cualquier momento, sin previo aviso.

Los pacientes pueden completar la Autorización y acuerdo del paciente electrónicamente visitando bmssign.com o escaneando el código QR que aparece aquí con un teléfono o una tableta. También puede enviar los documentos por fax al 1-888-776-2370 o llamar al 1-800-861-0048 para obtener más ayuda.

**Estas son mis instrucciones por escrito y mi permiso para lo siguiente:**

BMSPAF y sus administradores obtendrán un informe del consumidor sobre mí. Mi informe del consumidor, y la información derivada de fuentes públicas y de otras fuentes, se utilizará para estimar mis ingresos como parte del proceso para decidir si soy elegible para recibir medicamentos gratuitos de BMSPAF. Si lo solicito, BMSPAF me proporcionará el nombre y la dirección de la agencia de informes de consumidores que proporciona el informe 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.

Si escribe sus iniciales aquí acelerará el tiempo de procesamiento de su solicitud y no afectará su puntaje crediticio.

HE LEÍDO ESTA AUTORIZACIÓN Y ACEPTO SUS TÉRMINOS:

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

* Dirección del paciente: _____

* Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico preferida: _____

Nombre del representante personal: _____

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Fecha: _____

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

☐ Persona designada por un tribunal ☐ Tutor ☐ Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención médica ☐ Otra*Se debe proporcionar al paciente o a su representante personal una copia de este formulario después de que se firme.**La documentación del poder notarial se requiere si firma alguien que no sea el paciente.*

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: ____/____/____

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO: *Para que lo complete el profesional de la salud*

Certifico lo siguiente:

1. Según mi leal saber y entender, la información del paciente y del médico en este formulario es completa y precisa.
2. Tengo la autoridad para divulgar la información de este paciente a BMS, BMSPAF y sus respectivos representantes y cesionarios, y he obtenido la autorización de este paciente para dicha divulgación, si así lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) u otras leyes de privacidad aplicables.
3. Le he recetado el medicamento a este paciente según mi criterio profesional de necesidad médica.
4. Si el paciente recibe medicamentos de BMSPAF, según mi leal saber y entender, este paciente no tiene cobertura de seguro para medicamentos con receta (incluidos Medicaid, Medicare u otros programas públicos o privados), o no puede pagar los requisitos de costos compartidos asociados con su cobertura de seguro para este medicamento, y la cobertura de seguro del paciente para este medicamento, si corresponde, no requiere su solicitud ante BMSPAF y/o no cambia ni oculta la cobertura de seguro del paciente para que parezca estar no asegurado y ser elegible para BMSPAF.
5. Notificaré de inmediato a BMSPAF si mi paciente está inscrito en BMSPAF y me entero de que su estado de seguro, tratamiento o ingresos ha cambiado.
6. No presentaré una reclamación de seguro ni otra reclamación de pago a ninguna otra persona, incluidos terceros pagadores (privados o gubernamentales) o el paciente, para el medicamento gratuito proporcionado al paciente, y renuncio a cualquier apelación de cualquier negación de cobertura de seguro, para el medicamento gratuito proporcionado por BMS o BMSPAF para este paciente, ni contaré el medicamento gratuito como parte de los gastos de bolsillo reales (Troop) de este paciente.
7. Cualquier medicamento proporcionado por BMS o BMSPAF para este paciente se utilizará solo para este paciente y no se volverá a vender, ni se ofrecerá para la venta, comercialización o permuta, ni se devolverá para obtener crédito.

En caso de que el paciente se inscriba en el Programa de asistencia con copagos de BMS Access Support® para un producto administrado por un médico, certifico lo siguiente:

- He leído y cumpliré con los **Términos y condiciones del programa**.
- Según mi leal saber y entender, este paciente cumple con los requisitos de elegibilidad para pacientes y, si cambia el estado del seguro del paciente, le notificaré al programa de inmediato.
- Según mi leal saber y entender, la participación en este Programa no es incongruente con ningún contrato o acuerdo con ningún tercero pagador a quien este consultorio/centro le presentará una factura o reclamación de reembolso por los medicamentos de BMS cubiertos administrados al paciente.
- En la factura o reclamación que este consultorio/centro presentará a la compañía aseguradora o al paciente para el pago de los medicamentos de BMS, se mencionarán los medicamentos de BMS de forma separada de cualquier factura o reclamación por administración de fármacos o cualquier otro artículo o servicio proporcionado al paciente.
- No presentaré una reclamación de seguro ni otra reclamación de pago a ningún tercero pagador (privado o gubernamental) por el monto de la asistencia que mi paciente reciba del Programa.
- Si este consultorio/centro recibe un pago directamente del Programa por este paciente, el consultorio/centro no aceptará el pago del paciente por el monto recibido del Programa.

Comprendo que BMS y BMSPAF:

1. Pueden verificar toda la información proporcionada y no permitir o suspender la participación si se recibe información inadecuada.
2. Pueden modificar, limitar o finalizar estos programas, o retirar o interrumpir medicamentos en cualquier momento, sin previo aviso.
3. Se basan en estas certificaciones.

FIRMA

Fecha: ____/____/____

Firma del médico o del médico con licencia que receta (obligatorio, sin sellos)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: ____/____/____

INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN PARA AUGTYRO® (repotrectinib) o KRAZATI® (adagrasib) únicamente:

- Se requiere una nueva receta para los pacientes derivados a BMS Patient Assistance Foundation.
- Las recetas de AUGTYRO o KRAZATI solo se aceptan por fax o a través del portal para proveedores **MyBMSCases.com**.

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

* Código del diagnóstico primario: _____ Descripción: _____

* Alergias a fármacos: _____ ☐ No hay alergias a fármacos conocidas ☐ Otras afecciones conocidas: _____* Medicamentos concomitantes: _____ ☐ Ninguna otra terapia farmacológicaResultado del análisis de biomarcadores ☐ ROS1 ☐ NTRK ☐ KRAS G12 ☐ N/C ☐ Otro: _____

COMPLETAR PARA AUGTYRO

1. SELECCIONE OFERTA DE PRUEBA GRATUITA[†]

Oferta de prueba gratuita opcional para pacientes elegibles

- ☐ AUGTYRO 40 mg en cápsulas, 4 cápsulas una vez al día por 14 días, seguidas de 4 cápsulas dos veces al día. Entregue 180 cápsulas. 0 resurtidos.
- ☐ El médico que receta ha proporcionado al paciente una muestra para 30 días en el consultorio.[‡] Fecha: _____

2. SELECCIONE EL PROGRAMA BRIDGE*

Programa Bridge opcional para pacientes elegibles con seguro comercial

- ☐ AUGTYRO 40 mg en cápsulas; 4 cápsulas dos veces al día; suministro para 30 días con 1 resurtido.
- ☐ AUGTYRO de 40 mg en cápsulas Instrucciones: _____ suministro para 30 días con 1 resurtido.

3. SELECCIONE RECETA PARA FARMACIA DE ESPECIALIDAD.

- ☐ Dosis inicial: AUGTYRO 160 mg; una vez al día por 14 días, seguido de 160 mg dos veces al día. Suministro para 30 días con 0 resurtidos.
- ☐ Dosis de mantenimiento: AUGTYRO 160 mg dos veces al día. Suministro para 30 días seguido de 11 resurtidos o _____ resurtidos.
- ☐ Otro: _____

4. FARMACIA DE ESPECIALIDAD PREFERIDA PARA AUGTYRO

- ☐ Onco360
- ☐ Biologics
- ☐ Farmacia de autodespacho

COMPLETAR PARA KRAZATI

1. SELECCIONE OFERTA DE PRUEBA GRATUITA[†]

Oferta opcional para pacientes elegibles

- ☐ KRAZATI 200 mg en comprimidos, 3 comprimidos dos veces al día. Entregue 180 comprimidos, suministro para 30 días con 0 resurtidos.

2. SELECCIONE EL PROGRAMA BRIDGE*

Programa Bridge opcional para pacientes elegibles con seguro comercial

- ☐ KRAZATI 200 mg en comprimidos, 3 comprimidos dos veces al día. Entregue 180 comprimidos, suministro para 30 días con 1 resurtido.

3. SELECCIONE RECETA PARA FARMACIA DE ESPECIALIDAD

- ☐ KRAZATI 200 mg en comprimidos, 3 comprimidos dos veces al día. Entregue 180 comprimidos, suministro para 30 días con 11 resurtidos o _____ resurtidos.
- ☐ KRAZATI 200 mg en comprimidos. Instrucciones: _____ Entregue _____ comprimidos, suministro para 30 días con 11 resurtidos o _____ resurtidos.

4. FARMACIA DE ESPECIALIDAD PREFERIDA PARA KRAZATI

- ☐ Onco360
- ☐ Biologics
- ☐ Farmacia de autodespacho

[†]PARA AUGTYRO, la oferta de prueba gratuita no está disponible si el paciente ha recibido muestras. [‡]Para conocer los requisitos de elegibilidad adicionales y los términos y condiciones, [haga clic aquí](#).**AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA**

* Nombre del médico que receta: _____

* Dirección: _____

* N.º de teléfono: _____ * Fax: _____ * N.º de NPI: _____

Certifico que (1) he recetado AUGTYRO o KRAZATI según mi criterio profesional de necesidad médica y que supervisaré el tratamiento médico del paciente; (2) tengo la autoridad para divulgar la información de este paciente a BMS y a sus respectivos representantes y proveedores de servicios, incluida la farmacia dispensadora, y he obtenido la autorización de este paciente para dicha divulgación, si así lo exige la HIPAA u otras leyes de privacidad aplicables; (3) la información proporcionada es precisa según mi leal saber y entender; (4) no solicitaré reembolso alguno por los productos gratuitos proporcionados al paciente; y (5) he leído y cumpliré con los términos y condiciones del Programa. Autorizo al Programa Access Support de BMS a transmitir las recetas anteriores por cualquier medio en virtud de la ley aplicable a la farmacia dispensadora correspondiente. Si la ley vigente lo exige, adjunte copias de todas las recetas en los formularios de receta estatales oficiales. Si usted se encuentra en el estado de AZ, FL, IA o NY, también envíe una receta electrónica o una receta por fax directamente a la farmacia para cada receta seleccionada.

FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA[§] _____

Fecha: ____/____/____

[§] No se aceptan sellos de firma. La persona que receta debe cumplir con los requisitos de prescripción específicos de su estado, como receta electrónica, formulario de receta específico del estado, texto en fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado podría significar que se deba divulgar al médico que receta.