



## PACIENTE

### ACUERDO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE:

El programa BMS Access Support® es un programa de apoyo de Bristol-Myers Squibb Company ("BMS") que ayuda a que los pacientes entiendan sus opciones de cobertura de seguro y apoyo financiero para los medicamentos BMS, tales como copago y asistencia gratuita de medicamentos. BMS también busca la asistencia para el paciente desde la Bristol-Myers Squibb Patient Assistance Foundation, Inc. ("la Fundación"), una organización altruista independiente que proporciona medicamentos gratuitos a los pacientes que califican. Para participar en el programa BMS Access Support o para aplicar al programa de la Fundación, estos programas necesitarán recibir, usar y revelar su información personal. Lea atentamente esta autorización para BMS y la Fundación y si tiene dudas, póngase en contacto con BMS 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 a BMS Access Support
- Mi información de contacto y fecha de nacimiento
- Número de Seguridad 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 a mis cuidadores, que incluyen a mis proveedores de atención médica, farmacéuticos, planes de salud y aseguradoras de salud que me proporcionan servicios, así como a otras personas que digo que me pueden ayudar a solicitar, a que revelen mi información personal a BMS, la Fundación, y a sus agentes autorizados y asignados (sus "Administradores"). BMS, 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 para o estoy inscrito en otro plan o programa.

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

Mi información personal será utilizada y compartida por 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 referirme 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
- Contactar a mis cuidadores y a mí sobre programas y servicios disponibles
- Contactar a otros proveedores de atención médica y organizaciones de beneficencia para determinar si soy elegible para o estoy inscrito en otro plan o programa
- Si califico, proporcionarme medicamentos gratuitos mediante BMS o la Fundación
- Mejorar o desarrollar los servicios del programa

#### 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**  
**P.O. Box 221509**  
**Charlotte, NC 28222-1509**

Si cancelo esta autorización para un programa, ya no podré participar en ese programa. Ese programa cesará a usar o revelar mi información para los objetivos enumerados en esta autorización, excepto como sea necesario para finalizar mi participación o como lo requiera o permita la ley.

**Entiendo que si recibo mi medicamento gratuito, debo volverlo a solicitar al menos cada año, firmar una autorización tanto para BMS Access Support como para la Fundación, y ser aceptado.**

**5. Notificaciones:** 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 se permite o se requiera por 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

**(continúa en la siguiente página)**



**INICIALES DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE PERSONAL**



## PACIENTE

### ACUERDO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE (cont.)

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 BMS Access Support® ni a programas 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 sólo 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 permito el uso de mi información. Para presentar una solicitud de acceso o eliminación, podré llamar al 1-855-961-0474 o llenar el formulario en línea que hay en [www.bms.com/dpo/us/request](http://www.bms.com/dpo/us/request).

#### 6. Autorización para un reporte de consumidor (para pacientes que solicitan o son referidos al programa de la Fundación):

Autorizo a la Fundación y sus administradores a obtener 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 mi ingreso como parte del proceso para determinar si soy elegible para recibir medicamentos gratuitos de la Fundación. A mi solicitud, la Fundación me brindará el nombre y dirección de la agencia de reporte del consumidor que proporciona el reporte del consumidor. Puedo llamar a la Fundación al 1-800-736-0003 para obtener esta información.

**7. 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 o ambos programas, BMS (y la Fundación, si así correspondiera) puede 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, y recibo, asistencia de copago o asistencia de medicamento gratuito de BMS, acepto cumplir con las reglas del programa BMS, y no obtendré reembolso por la asistencia que reciba de ningún otro, incluyendo de un programa de seguros, otra organización de beneficencia, o de una cuenta de ahorros de 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, contactaré a BMS Access Support al 1-800-861-0048.

Si califico para y recibo medicamento gratuito del programa de la Fundación, acepto cumplir con las reglas del programa de la Fundación y no obtendré reembolso por la asistencia que reciba de ningún otro, incluyendo de un programa de seguros, otra organización de beneficencia o de una cuenta de ahorros de salud, gastos flexibles u otra cuenta de reembolso de gastos médicos. Si tengo Medicare Parte D, tampoco contaré para ningún medicamento gratuito que recibo respecto mis costos de desembolso verdaderos (TrOOP). Entiendo que la ayuda de la Fundación es temporal y tengo que volverla a solicitar cada año, y puede que no sea elegible si tengo una cobertura de fármaco de prescripción que paga mis medicamentos. Acepto contactar inmediatamente a la Fundación al 1-800-736-0003 si mi seguro, tratamiento o situación financiera cambia de cualquier modo.

Entiendo que el programa BMS Access Support y el de la Fundación pueden suspenderse o que en cualquier momento pueden cambiar las reglas para participar en los mismos 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:

Dirección de correo electrónico preferida:

Código postal:

Fecha de nacimiento del paciente:

Iniciales:

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.**