



Solicitud

Bayer entiende que a veces las personas afrontan dificultades financieras y por eso estamos aquí para ayudar. La **Fundación** Bayer para **Asistencia** de **Pacientes** en los EE. UU. es una organización benéfica que ayuda a los pacientes elegibles a obtener sus medicamentos recetados de Bayer sin costo alguno.



¿Cómo sé si puedo ser elegible?

Usted puede ser elegible para el programa de medicamentos libres de costo de la **Fundación** Bayer para **Asistencia** de **Pacientes** en los EE. UU. si:

- Vive en los Estados Unidos o Puerto Rico.
- Cumple ciertos límites de ingresos.
- No tiene seguro o su medicamento recetado de Bayer no está cubierto.



¿Cómo hago la solicitud?

- Complete y firme la **Sección de información para pacientes** (páginas 2 a 5). Un cuidador también puede completar esta parte del formulario.
- Pida a su médico o proveedor de atención médica (HCP) que complete y firme la **Sección para profesionales de atención médica** (página 6).
- Haga una copia de la solicitud completada y firmada para sus registros.
- Envíe por fax o correo la solicitud completa para que el programa la revise.



¿Dónde envío mi solicitud completada?

Puede enviar la solicitud completada y firmada por fax o correo postal:



Fax: 1-866-575-6568



Correo postal: Fundación Bayer para asistencia de pacientes en los EE. UU.

PO. Box 5670, Louisville, KY 40255



Solo se podrá revisar su solicitud si está **totalmente completada y firmada por usted y su médico**. Utilice la lista de verificación de la página 7 de esta solicitud para asegurarse de haber incluido toda la información.



Sección de información para pacientes

La Sección de información para pacientes puede ser completada por usted o un cuidador. No se podrá considerar su aplicación sin un formulario totalmente completado y firmado.

Su(s) medicamento(s)

Los siguientes medicamentos recetados de Bayer están incluidos en este programa; marque todos los que está solicitando:

- Adempas®, Aliqopa™, Betaseron®, Climara PRO™, Jivi®, Kerendia®, Kovaltry®, Kyleena®, Lampit®, Menostar®, Mirena®, Natazia®, Nubeqa®, Skyla®, Stivarga®, Vitrakvi®

Su nombre e información de contacto

Form fields for Name, Date of Birth, Sex, Address, Contact Info, and Email.

Su ingreso familiar

¿Cuántas personas viven en su hogar y dependen de su ingreso familiar (inclúyase usted mismo)?

Por ejemplo: usted (1) + su cónyuge (1) + sus hijos (2) + sus padres (2) = 6

¿Cuál es el ingreso familiar total? \$

Esto incluye todo el ingreso generado por usted y sus parientes que viven en su hogar. Incluya el ingreso obtenido por salarios, beneficios de retiro del Seguro Social, beneficios de incapacidad del Seguro Social, desempleo, cualquier pensión u otro ingreso, incluyendo pensión alimenticia y manutención infantil. Al sumar todas estas cifras, obtendrá su ingreso familiar total.

A petición, es posible que se le solicite que presente un comprobante de ingresos*, que incluya alguno de los siguientes:

- Planilla de impuestos federal 1040 o 1040EZ reciente, Formulario de impuestos 1099, Declaraciones de salarios/impuestos (W2), Comprobante de carta de no presentación si no presentó una planilla de impuestos federal

*Se puede solicitar una prueba física de ingresos si los ingresos del paciente no pueden verificarse a través del sistema de verificación electrónica de ingresos.



Su información de seguro de atención médica

¿Tiene seguro de atención médica? Si No Si la respuesta es si, complete todas las secciones a continuación que correspondan.

Su seguro de atención médica primario o estatal/gubernamental

Form fields for primary insurance: Nombre de la aseguradora, N.º de grupo, Nombre del plan, Tipo (Comercial/Privado, Medicare, Medicaid, etc.), Número de teléfono del plan, Nombre del suscriptor del plan, Relación del suscriptor con el paciente, Identificador de membresía/N.º de póliza.

Su Seguro de atención médica secundario (complementario)

Si no tiene ningun otro seguro, no necesita completar esta seccion.

Form fields for secondary insurance: Nombre de la aseguradora, N.º de grupo, Nombre del plan, Tipo (Comercial/Privado, Medicare, Medicaid, etc.), Número de teléfono del plan, Nombre del suscriptor del plan, Relación del suscriptor con el paciente, Identificador de membresía/N.º de póliza.

Su Seguro de farmacia (comercial o cobertura de recetas de Medicare Parte D)

Form fields for pharmacy insurance: Nombre de la aseguradora, Identificador de membresía/N.º de póliza, Nombre del plan, N.º de grupo, Número de teléfono del plan, BIN, Nombre del suscriptor del plan, PCN, Relación del suscriptor con el paciente, Tipo (Comercial/Privado, Medicare Parte D).

Proporcione una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro. Si está inscrito en Medicare Parte D, se requiere su número identificador de membresía antes de poder procesar esta solicitud.



Al solicitar el programa de medicamentos libres de costo de la Fundación Bayer para Asistencia de Pacientes en los EE. UU., entiendo y acepto lo siguiente:

- No hay ningún cargo por participar y mi participación en el programa no está supeditada a ningún requisito de comprar o usar un producto de Bayer.
- Completar y firmar la solicitud del programa no garantiza mi elegibilidad.
- El programa puede cambiar o finalizar en cualquier momento.
- No venderé ni comercializaré ningún medicamento que obtenga a través de este programa.
- Notificaré al programa en el plazo de treinta (30) días si hay algún cambio en mi ingreso, seguro médico, elegibilidad para inscribirme en Medicare Parte D o algún otro motivo que pueda afectar mi elegibilidad.
- No intentaré obtener un reembolso o recibir crédito de mi proveedor de seguro, incluidos los planes de Medicare Parte D, por medicamentos que reciba a través del programa.
- No intentaré obtener crédito por medicamentos del programa para mis gastos de bolsillo reales en virtud de Medicare Parte D.
- La información que proporcioné en esta solicitud es correcta y completa.

Proporciono “instrucciones por escrito” en virtud de la Ley de Informe de Crédito Justo (Fair Credit Reporting Act) al programa, incluidos agentes, administradores y proveedores de servicios, autorizando al programa a obtener información sobre mi perfil de crédito y/u otra información de Experian Health. Autorizo a la Fundación Bayer para Asistencia de Pacientes en los EE. UU., incluidos sus agentes, administradores y proveedores de servicios, a obtener dicha información con el único fin de determinar mi elegibilidad para participar en el programa.

Nombre del paciente _____

(en letra de imprenta):

Firma del paciente/representante



____/____/____
(mm / dd / aaaa)

Fecha
(obligatorio)



¡Punto de control!

Ya casi termina. Revise la información, **firmes y feche en la siguiente página.**



Autorización del paciente para compartir información médica

Acepto permitir a mis proveedores de atención médica y aseguradoras de salud a otorgar al programa de medicamentos libres de costo de la Fundación Bayer para Asistencia de Pacientes en los EE. UU., a Bayer y a sus agentes, mi información personal y médica, incluida mi afección médica, diagnóstico y medicamentos, para los fines enumerados a continuación:

- (i) Determinar si soy elegible para el programa, (ii) proporcionarme medicamentos libres de costo a través del programa de medicamentos libres de costo de la Fundación Bayer para Asistencia de Pacientes en los EE. UU. si soy elegible para participar, y (iii) cumplir con las leyes que puedan requerir el uso o la divulgación de mi información.
- Comunicarse conmigo o con mi proveedor de atención médica para obtener información adicional a fin de evaluar cualquier evento adverso o reclamo sobre un medicamento que informe o que mi proveedor informe a nombre mío.
- Comunicarse conmigo para conocer mi opinión sobre la calidad o el servicio al cliente del programa.
- Manejar y administrar correctamente el programa y según lo permitido o exigido por la ley vigente.

Comprendo que:

- La solicitud para el programa es totalmente voluntaria y que puedo decidir no completar o firmar este formulario. Mi decisión no cambiará el tratamiento que reciba de mis proveedores de atención médica o aseguradoras de salud. Sin embargo, si no completo y firmo esta solicitud, no podré participar en el programa de medicamentos libres de costo de la Fundación Bayer para Asistencia de Pacientes en los EE. UU.
- Las leyes de privacidad no evitarán la divulgación de mi información después de que se haya proporcionado al programa, a Bayer, sus agentes o proveedores externos autorizados a administrar el programa.
- Este consentimiento para proporcionar mi información personal y médica continuará hasta que deje de estar inscrito en el programa o hasta que decida cancelar mi consentimiento, lo cual puedo hacer en cualquier momento.
- Puedo cancelar mi autorización en cualquier momento escribiendo a Bayer US Patient Assistance Foundation, PO Box 5670, Louisville, KY 40255. La cancelación de mi consentimiento no afectará la información otorgada al programa o a sus agentes, o usada por estos, antes de que el programa reciba mi notificación por escrito para cancelar el consentimiento.
- Debo conservar una copia de este formulario. También puedo obtener una copia comunicándome con el programa al 1-866-2BUSPAF (228-7723).

Firma del paciente/representante  _____

Nombre del paciente _____
(en letra de imprenta):

_____/_____/_____
(mm / dd / aaaa)
Fecha (obligatorio)



¡Punto de control!
Asegúrese de haber completado cada parte de la **Sección de información para pacientes**. Se necesita una solicitud totalmente completada para determinar si es elegible para el programa.



Sección de profesionales de atención médica (para ser completada por su proveedor de atención médica)

Nombre e información de contacto del Profesional de atención médica (HCP)

Nombre del HCP _____
Primer nombre Apellido Especialidad

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Fax _____

N.º de DEA _____ N.º de licencia estatal _____ N.º de NPI _____

Contacto del consultorio _____ Teléfono _____ Fax _____

Dirección de correo electrónico del consultorio _____ Método de comunicación preferido: Correo electrónico Fax

Información para el paciente

Nombre del paciente _____
Primer nombre Apellido Fecha de nacimiento (mm / dd / aaaa)

Dirección del paciente _____

Enumere o adjunte otros medicamentos recetados actuales _____

Alergias farmacológicas conocidas Sí No Lista _____

Receta

Nombre del medicamento _____ Concentración _____

Instrucciones _____ Cantidad _____ Cantidad de resurtidos _____

Solo para pacientes de Adempas. Dosis inicial*: Adempas 0.5 mg _____ Adempas 1 mg _____

Instrucciones: Tomar 1 comprimido por vía oral tres veces al día Cantidad _____ Cantidad de resurtidos _____ Otro _____

Calendario de ajuste de dosis: Marque la casilla para todas las dosis que se van a incorporar:
 Basándose en la respuesta del paciente según la evaluación clínica del médico o del personal de enfermería en consulta con el médico, la farmacia debe proporcionar la concentración de Adempas para adaptarse a las necesidades de ajuste de dosis de la terapia.

Instrucciones: Tomar 1 comprimido por vía oral tres veces al día Otro _____ Comprimidos de Adempas: 0.5 mg 1 mg 1.5 mg 2 mg 2.5 mg
 Cantidad: resurtidos de suministro para 30 días: _____

Marque aquí para obtener una unidad de reemplazo de Kyleena®, Mirena®, o Skyla®. Fecha del servicio _____

Autorización del HCP

Certifico que soy el proveedor de atención médica que recetó el medicamento pedido en esta solicitud para el único beneficio del paciente mencionado y que mi decisión de recetar se basó en mi criterio profesional independiente. Autorizo al programa de medicamentos libres de costo de la Fundación Bayer para Asistencia de Pacientes en los EE. UU. (el "Programa") y a los agentes que actúan en su nombre a usar mi información de proveedor, incluido el Identificador de Proveedor Nacional, en el proceso de evaluación de elegibilidad y a reenviar esta receta, según sea necesario, a una farmacia dispensadora.

Además de lo anterior, mi firma a continuación certifica lo siguiente:

- No cobraré a los pacientes ningún honorario por su solicitud o en relación con esta, por la inscripción en el Programa, otros copagos u otros montos de costo compartido relacionados con el medicamento libre de costo que se proporciona en virtud de este Programa.
- No se podrán enviar reclamaciones a ningún pagador externo, incluidas las aseguradoras privadas, Medicaid o Medicare, para el pago de cualquier medicamento proporcionado a través del Programa.
- Este medicamento proporcionado por el Programa solo será utilizado por el paciente mencionado en este formulario, y no se ofrecerá para su venta, comercialización o intercambio ni se devolverá a cambio de crédito.
- El paciente que solicita asistencia a través del Programa recibe tratamiento en un entorno ambulatorio.

• A mi leal saber y entender, la información proporcionada en este formulario es actual, completa y precisa.

Comprendo y reconozco que (i) el envío de la solicitud no garantiza la elegibilidad del paciente en el Programa; (ii) el Programa tiene derecho a descontinuar el Programa en cualquier momento; y (iii) el medicamento que se proporciona a través del Programa para pacientes inscritos no está supeditado a ninguna receta pasada, presente o futura para este u otro producto de Bayer.

Firma requerida del recetador médico (entregar según lo escrito):



Fecha (obligatorio) _____
(mm / dd / aaaa)

Asegúrese de que cada parte de la sección de Información para profesionales de atención médica esté completa.



Lista de verificación



Si usted es el paciente (o el cuidador):

- ¿Completó la **Sección de información para pacientes** en las páginas 2 a 5?
- ¿Firmó y fechó las dos secciones de Información de autorización del paciente en las páginas 4 y 5?
- ¿Le pidió a su médico que completara la sección para Profesionales de atención médica de este formulario?
- ¿Hizo una copia de la solicitud completada para sus registros?



Si usted es el proveedor de atención médica):

- ¿Completó la **Sección de información para el HCP** en la página 6?
- ¿Envío la receta original, si su estado lo exige?
- ¿Firmó y fechó la Autorización del HCP?



Si todas las casillas están marcadas, ya está listo para enviar la solicitud.

Puede enviar la solicitud completada y firmada por fax o correo postal:



Fax: 1-866-575-6568

Si envía la solicitud por fax, asegúrese de incluir una portada de fax.



Correo postal: Bayer US Patient Assistance Foundation
PO. Box 5670, Louisville, KY 40255

¿Cuál es el siguiente paso después de enviar su solicitud?

Revisaremos y procesaremos su solicitud cuando recibamos el formulario completado. Nos comunicaremos con usted cuando terminemos la revisión.

¿Tiene preguntas?

Si tiene alguna pregunta, llame a un representante de la Fundación Bayer para Asistencia de Pacientes en los EE. UU. al



1-866-2BUSPAF (228-7723)

De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del este.

