



Solicitud

Bayer comprende 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 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 con el requisito de elegibilidad de ingresos del 300 % o menos del nivel federal de pobreza para la mayoría de los medicamentos recetados de Bayer.
- No tiene seguro o su medicamento recetado de Bayer no está cubierto.



Cambios en el programa

Información importante para pacientes que aplican a la **Fundación** Bayer para **Asistencia** de **Pacientes** en los EE. UU.:

Además de otros requisitos de elegibilidad del programa, los requisitos del programa de la Fundación para los pacientes de Medicare Parte D y de Medicare Advantage que solicitan asistencia con un medicamento recetado de Bayer son los siguientes:

- Los pacientes elegibles para el subsidio de bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS) de Medicare Parte D [65 años o más y con ingresos familiares inferiores al 150 % del nivel federal de pobreza] deben proporcionar una prueba de denegación del programa LIS ("Ayuda adicional") para que se los considere para recibir asistencia de la Fundación.
- La Fundación no acepta a pacientes que soliciten asistencia únicamente porque su seguro comercial o el plan patrocinado por su empleador participa en un programa de financiamiento alternativo que requiere que los pacientes soliciten un programa de asistencia al paciente del fabricante.



¿Cómo hago la solicitud?

- Complete y firme la **Sección de información del paciente**.
- Pida a su médico o proveedor de atención médica (HCP) que complete y firme la **Sección para profesionales de atención médica**.
- 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:



Sitio web de visitas

www.patientassistance.bayer.us



Bayer US Patient Assistance Foundation
P.O. Box 5670, Louisville, KY 40255



Fax: 1-866-575-6568



¿Tiene preguntas? Llame al
1-866-228-7723





Bayer US Patient Assistance Foundation

P.O. Box 5670, Louisville, KY 40255 / 1-866-2BUSPAF (228-7723)



Sección de información para pacientes

(La sección de información para pacientes puede ser completada por usted o un cuidador).

Marque una de las casillas siguientes:

☐ Soy un paciente nuevo

☐ Me estoy inscribiendo de nuevo

Su nombre e información de contacto

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Sexo ☐ Masculino
Nombre Apellido (mm / dd / aaaa)

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Contacto preferido ☐ Casa _____ ☐ Celular _____ ☐ Trabajo _____

Su dirección de correo electrónico _____

Cuidador (opcional)

Nombre _____ Número de teléfono _____
Nombre Apellido

Relación _____

He hablado con mi cuidador y está de acuerdo en recibir llamadas no comerciales de la Fundación Bayer para asistencia de pacientes en los EE. UU. (la "Fundación") al número proporcionado, y autorizo a la Fundación a hablar con mi cuidador sobre mi estado de salud y en relación con el programa.

Su ingreso familiar

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

¿Cuál es el ingreso familiar total? \$ _____

Su información de seguro de atención médica

¿Tiene seguro de atención médica?

No ☐ Sí ☐

Si la respuesta es "sí", complete todas las secciones que correspondan a continuación.

¿Tiene seguro de receta?

No ☐ Sí ☐

	Seguro principal	Seguro secundario	Seguro para recetas
Nombre de la aseguradora			
Nombre del plan			
Número de teléfono del plan			
Nombre del suscriptor del plan			
Relación del suscriptor con el paciente			
Identificador de membresía/N.º de póliza			
Grupo			
Número de identificador de membresía de Medicare (11 dígitos alfanuméricos) N.º	— — — — — — — — — — — — — — —		☐ No corresponde
Tipo de plan ☐ Comercial/Privado ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Asuntos de veteranos/Depto. de Defensa ☐ Asistencia estatal de medicamentos para ancianos ☐ Seguro médico estatal para niños ☐ Otro			

Para evitar demoras, proporcione copias (frente y dorso) de todas las tarjetas del seguro. Esto incluye el seguro primario, secundario y de recetas. Si está inscrito en Medicare Parte D, se requiere su número identificador de membresía antes de poder procesar esta solicitud.

Un formulario incompleto dará lugar a un retraso en el procesamiento o a la denegación de la solicitud. No se podrá considerar su solicitud sin un formulario totalmente completado y firmado.



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 queja sobre un producto 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.
- Esta autorización para proporcionar mi información personal continuará hasta que deje de estar inscrito en el programa, o en 1 año si la ley exige un período más corto, o hasta que decida cancelar mi autorización, lo que puedo hacer en cualquier momento.
- Puedo negarme a que se pongan en contacto conmigo para realizar estudios de mercado o con fines de asistencia y, aun así, inscribirme en el programa.
- 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).
- Para informar eventos adversos, quejas técnicas sobre el producto o errores de medicación, comuníquese con: Bayer al 1-888-842-2937, o envíe la información a DrugSafety.GPV.US@bayer.com.

Complete y firme la sección a continuación

Reconozco que la presentación de esta solicitud no garantiza la elegibilidad en la Fundación Bayer para Asistencia de Pacientes en los EE. UU. Al firmar a continuación, doy fe de que las respuestas que he proporcionado en la página [2] son precisas y que he leído, comprendo y acepto la autorización y el uso de mi información personal de conformidad con los términos de esta Autorización del paciente en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos.

Nombre del paciente, en letra de imprenta

 Firma del paciente (o del representante legalmente autorizado)

Fecha de hoy DD/MM/AAAA

Nombre del representante legal, en letra de imprenta (si corresponde)

Relación con el paciente (si corresponde)

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

- No hay ningún cargo por participar y mi participación en el programa no está supeditada a ningún requisito de comprar o usar un fármaco de Bayer.
- 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 ni recibir crédito de mi proveedor de seguro, incluidos los planes de Medicare Parte D, por los 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 proporciono en esta solicitud es correcta y completa.

Autorización de elegibilidad financiera

 ☐ Al marcar esta casilla, proporciono "instrucciones por escrito" en virtud de la Ley de Informe de Crédito Justo (Fair Credit Reporting Act) al programa, incluidos sus 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.



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 _____ Especialidad _____
Nombre Apellido
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Número de teléfono _____ Fax _____
 N.º de la 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 _____ Fecha de nacimiento _____ / ____ / ____
Nombre Apellido (mm / dd / aaaa)
 Dirección del paciente _____
 Enumere o adjunte otros medicamentos recetados actuales _____
 Alergias farmacológicas conocidas ☐ Sí ☐ No Enumere _____

Receta

Nombre de la marca del medicamento	Concentración	Instrucciones	Cantidad	Cantidad de resurtidos
				1 año ☐ Otro ☐

Nubeqa	Concentración	Instrucciones	Cantidad	Cantidad de resurtidos
Nubeqa	300 mg		☐ Suministro para 30 días ☐ Suministro para 60 días ☐ Otro _____	☐ 1 año ☐ Otro _____

Dosis inicial*:	Calendario de ajuste de dosis:
Adempas ☐ Comprimido de Adempas 1 mg. por vía oral tres veces al día ☐ Comprimido de Adempas 0.5 mg por vía oral tres veces al día Cantidad ☐ Suministro para 30 días Reposiciones: _____	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. Comprimidos de Adempas: 0.5 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 2.5 mg. Instrucciones: Si la presión arterial sistólica es >95 mmHg y no hay signos/síntomas de hipotensión, aumentar la dosis en 0.5 mg 3 veces por día a intervalos no inferiores a 2 semanas hasta la dosis máxima tolerada hasta un máximo de 2.5 mg 3 veces por día. Si, en algún momento, el paciente tiene síntomas de hipotensión, disminuir la dosis en 0.5 mg 3 veces por día. Se debe mantener la dosis individual establecida. Otras instrucciones especiales: Cantidad de ajuste de dosis: ☐ Suministro para 30 días ☐ Suministro para 14 días Reposición: _____

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, la inscripción al 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, incluyendo a las aseguradoras privadas, Medicaid o Medicare, para el pago de un fármaco 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 discontinuar 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.