



# Solicitud

Bayer entiende que a veces las personas afrontan dificultades financieras, y estamos aquí para ayudar. Bayer US **Patient Assistance Foundation** 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 Bayer US **Patient Assistance Foundation** si:

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



## ¿Cómo solicito?

- 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 profesional de la salud (healthcare professional, HCP) que complete y firme la **Sección para Profesionales de la Salud** (página 6).
- Haga una copia de la solicitud completada y firmada como constancia.
- Envíe la solicitud completa por fax o correo postal para su revisión por parte del programa.



## ¿Adónde debo enviar mi solicitud completada?

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



**Fax:** 1-866-575-6568



**Correo postal:** Bayer US Patient Assistance Foundation  
P.O. Box 5670, Louisville, KY 40255



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



Sección de Información para Pacientes

Usted o un cuidador pueden completar la Sección de Información para Pacientes. No se podrá tener en cuenta su solicitud 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™, Angeliq®, Betaseron®, Biltricide®, Climara PRO™, Jivi®, Kogenate®, Kovaltry®, Kyleena®, Menostar®, Mirena®, Natazia®, Nexavar®, Nubeqa®, Safyral®, Skyla®, Stivarga®, Vitrakvi®

Su Nombre e Información de Contacto

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

Su Ingreso Familiar

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

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

¿Cuál es su 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, incluida pensión alimenticia y sustento de menores. Al sumar todas estas cifras, obtendrá su ingreso familiar total.

A petición, es posible que deba presentar una prueba de ingresos, que incluya alguno de los siguientes:

- Planilla de impuestos federal 1040 o 1040EZ reciente, Formulario de impuestos 1099, Formulario de salarios/impuestos (W2), Prueba de la carta de no radicación si no radicó una planilla de impuestos federal



Su Información de Seguro Médico

¿Tiene un seguro médico?  Sí  No

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

Su Seguro Médico Primario o Estatal/Gubernamental

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

Su Seguro Médico Secundario (complementario)

Si no tiene ningún otro seguro, no necesita completar esta sección.

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

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

Form fields for pharmacy insurance: Nombre de la aseguradora, Nombre del plan, Número de teléfono del plan, Nombre del suscriptor del plan, Relación del suscriptor del plan con el paciente, and options for insurance type (Comercial/Privado, Medicare Parte D).



**Al solicitar el programa de medicamentos libres de costo de Bayer US Patient Assistance Foundation, entiendo 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 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 o mercadearé 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 proporciono 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 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 Bayer US Patient Assistance Foundation, 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.

**Firma del Paciente/Representante**



\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes    Día    Año

Fecha (obligatorio)



**¡Punto de control!**

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



### Autorización del paciente para compartir información médica

Acepto permitir a mis proveedores de salud y aseguradoras de salud a otorgar al programa de medicamentos libres de costo de Bayer US Patient Assistance Foundation, a Bayer y a sus agentes mi información personal y médica, incluida mi condición 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 Bayer US Patient Assistance Foundation 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 salud 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 salud 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 Bayer US Patient Assistance Foundation.
- Las políticas 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



\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Mes    Día    Año  
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 para Profesionales de la Salud (para que complete su profesional de la salud)

### Nombre e Información de Contacto del Profesional de la Salud (HCP)

Nombre del HCP \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Núm. de la DEA \_\_\_\_\_ Núm. de licencia estatal \_\_\_\_\_ Núm. de NPI \_\_\_\_\_

Contacto del consultorio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Correo electrónico del consultorio \_\_\_\_\_

### Información sobre la receta de Bayer del paciente

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nombre Apellido Mes Día Año

Receta de Bayer núm. 1 \_\_\_\_\_

Concentración \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Cantidad de resurtidos \_\_\_\_\_ Indicaciones de la receta médica \_\_\_\_\_

Receta de Bayer núm. 2 \_\_\_\_\_

Concentración \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Cantidad de resurtidos \_\_\_\_\_ Indicaciones de la receta médica \_\_\_\_\_

Para Betaseron, se recomienda seguir el calendario de ajuste descrito a continuación:

Semanas 1 y 2: 0.0625 mg (0.25 cc) en días alternos (QOD) por vía subcutánea (SC); Semanas 3 y 4: 0.125 mg (0.5 cc) QOD SC;

Semanas 5 y 6: 0.1875 mg (0.75 cc) QOD SC; Semanas 7+: 0.25 mg (1 cc) QOD SC.

Enumere o adjunte otros medicamentos recetados actuales \_\_\_\_\_

Alergias farmacológicas conocidas  Sí  No Enumere \_\_\_\_\_

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

### Autorización del HCP

Certifico que soy el profesional de la salud 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 Bayer US Patient Assistance Foundation (el "Programa") y a los agentes que actúan a nombre suyo a usar mi información de proveedor, incluyendo el Identificador de Proveedor Nacional (National Provider ID, NPI), en el proceso de evaluación de elegibilidad, y a reenviar esta receta, según sea necesario, a una farmacia dispensadora.

Además de lo expuesto, 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 producto 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, mercadeo o intercambio ni se devolverá a cambio de crédito.

- El paciente que solicita la 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 obligatoria del recetador médico (dispensar según lo indicado):



Fecha (obligatorio): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Asegúrese de que cada parte de la sección de Información para Profesionales de la Salud esté completa.



# Lista de cotejo



## 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 la Salud de este formulario?
- ¿Hizo una copia de la solicitud completada como constancia?



## Si usted es el profesional de la salud:

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



## Si todos los encasillados están marcados, 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  
P.O. Box 5670, Louisville, KY 40255

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

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

## ¿Preguntas?

Si tiene preguntas, llame al representante de Bayer US Patient Assistance Foundation al

**1-866-2BUSPAF** (228-7723)

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

