



Formulario de acuerdo y autorización del paciente

MyCAMZYOS es un programa de apoyo para pacientes ofrecido por Bristol-Myers Squibb Company (BMS). A través de esta autorización y acuerdo, elijo participar en el programa MyCAMZYOS de asistencia de acceso, que ayuda a los pacientes a entender su cobertura de seguro y opciones de apoyo financiero para CAMZYOS™ (mavacamten) al tiempo que proporciona ayuda con los copagos para ecocardiogramas y/o medicamentos gratuitos para aquellas personas que califican. También tengo la opción de participar en el programa MyCAMZYOS de navegadores de enfermería MyNurse inscribiéndome por separado a continuación. Para participar en el programa MyCAMZYOS de asistencia de acceso (el “Programa”), BMS deberá recibir, usar y divulgar su información personal. Por favor, lea atentamente esta autorización y llame al Programa al 1-855-226-9967 si tiene alguna pregunta.

1. ¿Qué información se utilizará y se revelará?

Se revelará mi información personal, incluyendo:

- La información que consta en el formulario de inscripción del Programa
- Mi información de contacto
- Fecha de nacimiento
- Información financiera y sobre ingresos
- Información de los beneficios del seguro
- Expedientes de salud e información, incluyendo diagnósticos, medicamentos y pruebas de laboratorio
- 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 otorga permiso a mis cuidadores, entre los que se incluye a mis proveedores de atención médica, farmacias, planes de salud o aseguradoras que me prestan servicios, así como otras personas que yo diga que pueden ayudarme a presentar mi solicitud (los “Cuidadores de mi salud”), para divulgar mi información personal a BMS, a terceros con quienes trabaje y a sus agentes, subsidiarias y cesionarios autorizados (colectivamente, “BMS”). BMS también puede compartir mi información con los Cuidadores de mi salud y con otros proveedores de atención médica, farmacéuticos, aseguradoras médicas y

organizaciones de beneficencia para determinar si califico o estoy inscrito en otro plan o programa.

3. ¿Con qué propósito se usa y revela la información?

Mi información personal será usada y compartida con BMS y los Cuidadores de mi salud para:

- Procesar mi solicitud para el Programa y proporcionarme los servicios del Programa, incluyendo verificar los beneficios de mi seguro, asistirme con autorizaciones previas de mi seguro, investigar opciones alternativas de cobertura de seguro y para referirme a mí y a los Cuidadores de mi salud a otros planes, programas de apoyo o asistencia que pudieran ayudarme
- Ofrecerme ayuda con los copagos de los ecocardiogramas y/o medicamentos gratuitos, si califico, como se describe más detalladamente en la página 2
- Recibir y/o comprar mi información (incluida la información de mis prescripciones y reclamos de seguro) de los Cuidadores de mi salud para determinar si y dónde recibo mis medicamentos y si soy o ya no soy elegible para recibir medicamentos gratuitos u otros programas de apoyo de BMS
- Comunicarse conmigo y los Cuidadores de mi salud en relación con otros programas y servicios disponibles o en los que me pueda inscribir, incluyendo pruebas de detección o participación en otras opciones de apoyo financiero, tales como ayuda con los copagos de medicamentos
- Comunicarse con otros proveedores de atención médica y organizaciones de beneficencia para determinar si soy elegible o para inscribirme en otro plan o programa
- Comunicarse conmigo para fines de marketing, incluyendo proporcionarme información sobre mis medicamentos, recordatorios para resurtido, encuestas y otra información y alertas que BMS considere que sean de mi interés (y algunas de las cuales se pueden enviar directamente a mi teléfono si así lo elijo)
- Mejorar o desarrollar los servicios del Programa y para otros fines comerciales internos como el análisis de la información
- BMS también puede usar mi información médica para combinarla con otra información que BMS pueda obtener sobre mi persona y mi tratamiento con CAMZYOS y usarla para los fines arriba descritos

(continúa en la siguiente página)

Autorización para la venta de mi información a BMS:
Autorizo a los Cuidadores de mi salud (incluyendo mis proveedores de atención médica, planes de salud, aseguradoras médicas, farmacias, proveedores de servicios de laboratorio y proveedores de servicio de diagnóstico) a revelar mi información para los fines descritos en esta autorización y autorizo además a los Cuidadores de mi salud a aceptar el pago de BMS a cambio de proporcionar mi información así como a ofrecerme servicios de marketing y apoyo al paciente.

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 para el Programa notificándolo por escrito a:

Bristol Myers Squibb
PO BOX 52160
PHOENIX AZ 85072-2160

Si cancelo esta autorización, ya no podré participar en el Programa. El Programa dejará de usar o divulgar mi información para los fines que se mencionan en esta autorización, excepto según sea necesario para finalizar mi participación o según exijan o permitan las leyes.

5. Avisos:

Entiendo que una vez que se ha revelado mi información de salud, las leyes de privacidad ya no podrán restringir su uso o divulgación. BMS puede usar y divulgar mi

información para los fines que se describen en esta autorización o según lo permitan o exijan las leyes. Entiendo que BMS no vende ni alquila la información personal obtenida sobre mí en este Programa. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de haberla firmado. Entiendo además que podré rehusarme a firmar esta autorización y que, si me rehúso, mi elegibilidad para beneficios del plan de salud y tratamiento por parte de mis proveedores de atención médica no cambiará, pero no tendré acceso a los servicios del Programa. 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 solo aplican bajo ciertas circunstancias. Por lo tanto, reconozco que es posible que no reciba una respuesta a mi solicitud en la medida requerida o permitida por 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 BMS atienda una solicitud para acceder a mi información o para eliminarla. 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 enviar 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.

HE LEÍDO ESTA AUTORIZACIÓN Y ACEPTO SUS TÉRMINOS:

Nombre del paciente o de su representante en letra de imprenta*:	<input type="radio"/> Marque aquí si es un representante del paciente
Relación del representante con el paciente*:	Correo electrónico preferido:
	Fecha*:

FIRMA DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE*

Se requiere documentación del poder notarial si firma alguien distinto al paciente. Puede enviar por fax los documentos al 1-833-302-1421 o llamar al 1-855-226-9967 para obtener más ayuda.

Términos del Programa:

Para poder ofrecerles asistencia de acceso, los pacientes deben proporcionar información veraz y completa. En cualquier momento durante su participación, BMS puede solicitar documentación adicional para verificar la información personal del paciente. Si falta información o el paciente no responde a las peticiones de información adicional, BMS puede demorar o terminar la participación. Aplican términos adicionales para la ayuda con los copagos y los medicamentos gratuitos. BMS puede suspender el Programa o cambiar las normas de participación en cualquier momento, sin previo aviso.

(continúa en la siguiente página)



Inscripción del paciente en el programa MyCAMZYOS de navegadores de enfermería

El programa MyCAMZYOS de navegadores de enfermería MyNurse es un programa de apoyo que ofrece a los pacientes información y servicios relacionados con CAMZYOS™ (mavacamten) e información relacionada con la enfermedad, incluyendo ayuda con los copagos de medicamentos a los pacientes que califiquen, recordatorios de resurtidos y citas, estudios y otra información y alertas. Al firmar a continuación, acepto inscribirme en el programa MyCAMZYOS de navegadores de enfermería MyNurse.

Entiendo que la información que proporcione, junto con la información sobre mi uso de los servicios del programa de apoyo, será guardada y usada por Bristol Myers Squibb y las partes que actúen en su nombre (“BMS”) para proporcionar servicios de apoyo a mi persona o a los socios de atención que yo pueda designar por escrito. BMS también puede guardar y usar mi información para comunicarse conmigo y mis socios de atención por correspondencia, teléfono, en formato electrónico o de otro modo, en relación con los productos, servicios, investigación de mercado, ensayos clínicos y otra información y ofertas que considere que puedan interesarme. BMS también puede usar mi información para mejorar o desarrollar sus servicios y para otros fines comerciales internos, incluidos analítica, servicios de comunicación y actividades de marketing. BMS también puede usar mi información para combinarla con otra información que BMS pueda obtener sobre mi persona y mi tratamiento con CAMZYOS y usarla para los fines arriba descritos. El uso de mi información estará regido por la Política de Privacidad de BMS. La Política de Privacidad podría ocasionalmente cambiar y entiendo que debo ver la versión más reciente en el sitio web www.bms.com. Puedo suspender futuras comunicaciones de marketing y el uso de mi información llamando al 1-855-226-9967.

Mensajes de texto: Al dar mi consentimiento a continuación, acepto recibir mensajes de texto de marcación automática en nombre de Bristol Myers Squibb y conforme a los Términos y Condiciones de este programa móvil (“Programa”) (visite <https://www.camzyos.com/?ovl=mobile>). [No recibiré más de 5 mensajes al mes durante el transcurso del programa]. El consentimiento no es una condición de compra o uso de cualquier producto de Bristol Myers Squibb. El Programa es válido con la mayoría de los principales operadores de Estados Unidos. Si el número de mi teléfono celular cambia en el futuro, acepto notificar de inmediato a Bristol Myers. Podrían aplicar tarifas por mensajería y datos. Puedo cancelar mi participación en cualquier momento enviando un mensaje de texto con la palabra STOP al 32086. Recibiré un mensaje de texto final confirmando mi solicitud de cancelación.

ACEPTO RECIBIR MENSAJES DE TEXTO.

HE LEÍDO ESTA AUTORIZACIÓN Y ACEPTO LOS TÉRMINOS DEL PROGRAMA DE NAVEGADORES DE ENFERMERÍA MYNURSE:

Nombre del paciente:

Teléfono celular:



FIRMA DEL PACIENTE

Fecha:

Solo los pacientes pueden proporcionar autorización para el Programa de navegadores de enfermería MyNurse. El representante del paciente no puede firmar.

Haga clic aquí para ver la [Información de prescripción completa para EE. UU.](#), incluyendo los **recuadros de ADVERTENCIA** y la Guía del medicamento o visite MyCAMZYOS.com.