

**Sección A: Información del paciente**

**Pacientes:** Completar esta sección y leer el Acuerdo y Autorización del Paciente en las páginas 2-3. Es necesario firmar el Acuerdo y Autorización del Paciente en la página 3 para poder presentar este formulario. Si falta su firma o algún dato, puede haber demoras para surtir su prescripción y registrarle en el Programa de apoyo al paciente.

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	MM / DD / AAAA
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono celular	Teléfono particular	¿Podemos dejar un mensaje de voz?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Correo electrónico	Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otro	Género		

**Seguro para medicamentos recetados:**

Marque aquí si no cuenta con un seguro para medicamentos recetados

Seguro de medicamentos primario	Número de teléfono
ID de miembro de seguro de medicamentos	ID de grupo de seguro de medicamentos (opcional)
Número BIN del seguro de medicamentos	Número PCN del seguro de medicamentos
Seguro médico: Seguro médico primario	Número de ID de la póliza

**HCPs:** Please make a copy of patient insurance card(s), front and back, and attach to this document.

**Section B: Healthcare provider information**

**HCPs:** Please fill out the following sections and sign this page. Fax COMPLETED pages 1-3.

First and last name	NPI #	State license #
Practice/clinic	Phone	Fax
Address	City	State ZIP
Primary office contact name	Primary office contact phone	Primary office contact fax
Best time to contact: <input type="checkbox"/> Morning <input type="checkbox"/> Afternoon		

**Section C: Clinical information**

DIAGNOSIS: <input type="checkbox"/> Plaque psoriasis (PsO) (ICD-10-CM Code: L40.0) <input type="checkbox"/> Other
Date of diagnosis MM / DD / YYYY Prior therapies
Drug allergies <input type="checkbox"/> No known drug allergies

**Section D: Prescription information**

Patient name	DOB	MM / DD / YYYY
<b>1 SELECT FREE TRIAL OFFER*</b> Free Trial Rx for SOTYKTU 6 mg	<b>2 SELECT MAINTENANCE DOSE</b> Maintenance Rx for SOTYKTU 6 mg	<b>3 SELECT BRIDGE*</b> Bridge Rx for SOTYKTU 6 mg
<input type="checkbox"/> 30-DAY FREE TRIAL 30 days, 30 tablets, 0 refills, 1 tablet orally once daily <b>OR</b> <input type="checkbox"/> PRESCRIBER PROVIDED PATIENT WITH 30-DAY IN-OFFICE SAMPLE 30 days, 30 tablets, 0 refills, 1 tablet orally once daily Date provided MM / DD / YYYY	<input type="checkbox"/> 1 tablet orally once daily, 30 day supply Refills: <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Other amount <input type="text"/> <b>OR</b> <input type="checkbox"/> 1 tablet orally once daily, 90 day supply Refills: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Other amount <input type="text"/>	<i>Optional for commercially insured patients</i> <input type="checkbox"/> 1 tablet orally once daily, 30 day supply <b>Refills:</b> <input type="checkbox"/> 11 <b>OR</b> <input type="checkbox"/> Other amount <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Provider has a preferred specialty pharmacy	<input type="checkbox"/> Provider has sent prescription to the preferred specialty pharmacy	Preferred specialty pharmacy name

\*Please see additional eligibility requirements and terms and conditions on page 4.

**Section E: Prescriber authorization**

I certify that (1) I have prescribed SOTYKTU based on my professional judgment of medical necessity and that I will supervise the patient's medical treatment; (2) I have the authority to disclose this patient's information to BMS and its respective agents and service providers, including the dispensing pharmacy, and I have obtained this patient's authorization for the disclosure, if required by HIPAA or other applicable privacy laws; (3) the information provided is accurate to the best of my knowledge; (4) I will not seek reimbursement for any free product provided to the patient; and (5) I have read and will comply with the Program terms and conditions on page 4. I authorize the SOTYKTU Support Program to transmit the prescription(s) above by any means under applicable law to the appropriate dispensing pharmacy. I understand the information I provide may be used by BMS and parties acting on its behalf for services, communications, marketing, and analytics activities.

If required by applicable law, please attach copies of all prescriptions on official state prescription forms. If you are in the state of AZ, FL, IA, or NY, please also send an electronic prescription (eRx) or fax prescription directly to the pharmacy for each prescription selected.

<b>PRESCRIBER SIGNATURE</b>	<input type="text"/>	<b>OR</b>	<input type="text"/>	Date MM / DD / YYYY
	Dispense as written		Substitutions allowed	

Signature stamps not acceptable. The prescriber is to comply with their state-specific prescription requirements such as e-prescribing, state-specific prescription form, fax language, etc. Non-compliance with state-specific requirements could result in outreach to the prescriber.

## Acuerdo y Autorización del Paciente

El Programa de apoyo al paciente para SOTYKTU (deucravacitinib) (el "Programa") está diseñado para ayudar a los pacientes a comprender la cobertura de su seguro y las opciones de apoyo financiero, así como proporcionar medicamentos gratuitos para aquellos que califiquen. Para participar en el Programa, Bristol Myers Squibb deberá recibir, usar y divulgar su información personal.

Lea este formulario atentamente. Si tiene preguntas, comuníquese con nosotros al 1-888-SOTYKTU (1-888-768-9588).

### ¿Qué información se usará y divulgará?

Se usará y divulgará mi información personal, incluyendo la información de este formulario, mi información de contacto, fecha de nacimiento, información de salud y registros de salud (incluyendo diagnósticos, medicamentos, pruebas de laboratorio, información biométrica, etc.) e información del seguro.

### ¿Quién divulgará, recibirá y usará la información?

Esta autorización permite que mis proveedores de atención médica, farmacéuticos, planes de salud y aseguradoras de salud que me brindan servicios ("los Cuidadores de mi salud") divulguen mi información personal a BMS y sus agentes autorizados, subsidiarias y cesionarios (colectivamente, "BMS"). BMS también puede compartir mi información con los Cuidadores de mi salud y otros proveedores de atención médica, farmacéuticos, aseguradoras de salud y organizaciones benéficas para determinar si soy elegible o estoy inscrito en otro plan o programa.

### ¿Cuál es el propósito del uso y divulgación?

Mi información personal será compartida con las personas y organizaciones descritas anteriormente quienes la usarán para procesar mi solicitud y brindarme los servicios del Programa, incluyendo para:

- Verificar los beneficios de mi seguro, buscar opciones de cobertura de seguro y determinar mi elegibilidad para los programas de asistencia de copagos de BMS
- Comunicarme con otros proveedores de atención médica y organizaciones benéficas para determinar si soy elegible para otro plan o programa o si estoy inscrito en él
- Comunicarse conmigo y los Cuidadores de mi salud respecto de otros programas y servicios que están disponibles, incluyendo las evaluaciones para otras opciones de asistencia financiera
- Proporcionarme medicamentos gratis si califico
- Recibir y/o comprar mi información (incluyendo la información sobre mis prescripciones y reclamos de seguro) de los Cuidadores de mi salud para determinar si y dónde estoy recibiendo mis medicamentos y si ya no soy elegible para recibir medicamentos gratuitos u otros programas de apoyo de BMS
- Comunicarse conmigo con fines de marketing, incluyendo proporcionarme información sobre mis medicamentos, recordatorios de refills, encuestas, estudios de investigación y otra información y alertas que BMS crea que pueden ser de mi interés (y algunas de las cuales pueden enviarse directamente a mi teléfono si yo lo elijo)

- Mejorar o desarrollar los servicios del Programa y otros fines comerciales internos, incluyendo los análisis
- Usar mi información de salud para combinarla con otra información que BMS pueda recopilar sobre mí y mi tratamiento y usarla para los fines descritos anteriormente

### 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 de salud, farmacias, proveedores de servicios de laboratorio y proveedores de servicios de diagnóstico) a divulgar mi información para los fines descritos en esta autorización, y además autorizo a los Cuidadores de mi salud a aceptar pagos de BMS a cambio de proporcionar mi información, así como brindarme servicios de marketing y apoyo al paciente.

### ¿Cuándo caducará esta autorización?

Esta autorización tendrá una vigencia de 5 años a menos que expire antes por ley o yo la cancele por escrito. También puedo cancelar esta autorización en el futuro escribiendo a: Bristol Myers Squibb, 2250 Perimeter Park Drive, Suite 300, Morrisville, NC 27560

**Avisos.** Entiendo que una vez que se haya divulgado mi información de salud al Programa, es posible que las leyes de privacidad ya no restrinjan su uso o divulgación. Si cancelo esta autorización, el Programa dejará de usar o divulgar mi información para los fines aquí mencionados, excepto según lo permitido o requerido por la ley o según sea necesario para finalizar mi participación en el Programa. También tengo derecho a recibir una copia de este formulario después de firmarlo. El Programa acepta usar y divulgar mi información solo para los fines descritos en esta autorización o según lo permita o exija la ley. BMS no venderá ni rentará la información personal obtenida sobre mí en este Programa. Además, entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, si me niego, mi elegibilidad para los beneficios del plan de salud y el tratamiento de mis proveedores de atención médica no cambiará, pero no tendré acceso a los servicios del Programa. Entiendo que ciertas leyes estatales pueden permitir el derecho a solicitar el acceso a o la eliminación de mi información. Entiendo que estos derechos estatales no son absolutos y solo aplicarán en determinadas circunstancias. Por tanto, reconozco que BMS puede no responder o atender mi solicitud más allá de lo requerido o permitido por las leyes pertinentes. Acepto que es posible que necesite proporcionar más información para verificar mi identidad, tal como una ID emitida por el gobierno, antes de que BMS acepte una solicitud de acceso o eliminación de mi información. BMS no me discriminará por ejercer mis derechos, pero entiendo que es posible que no puedan brindarme los servicios del Programa si no pueden usar mi información. Para enviar una solicitud de acceso o eliminación con respecto al Programa, puedo llamar al 855-961-0474 o completar el formulario en línea en: [www.bms.com/dpo/us/request](http://www.bms.com/dpo/us/request)

(continúa en la siguiente página)

**Condiciones del Programa.** Para proporcionar Asistencia de acceso, los pacientes deben proporcionar información que sea verdadera y completa. En cualquier momento durante la participación, BMS puede solicitar documentación adicional para verificar la información personal del paciente. Si falta información o si el paciente no responde a las solicitudes de información adicional, BMS puede retrasar o cancelar la participación. Para recibir medicamentos gratuitos de BMS, los pacientes deben cumplir con las reglas del Programa proporcionadas en el formulario de inscripción y es posible que no reciban reembolso por la asistencia recibida de otra persona, incluyendo de un programa de seguros, otra organización benéfica o de una cuenta de ahorros para la salud, gastos flexibles u otra cuenta de reembolso para la salud. Es posible que la asistencia sea temporal y los pacientes tengan que solicitarla cada año. Los pacientes deben comunicarse con el Programa al 1-888-SOTYKTU (1-888-768-9588) si su seguro o tratamiento cambia de algún modo. Los pacientes de Medicare Parte D no pueden contabilizar los medicamentos gratuitos recibidos en sus gastos reales de bolsillo (TrOOP, por sus siglas en inglés). BMS puede suspender el Programa o cambiar las normas de participación en cualquier momento, sin previo aviso.

específico de BMS]. El consentimiento no es una condición para la compra o el uso de ningún producto de BMS. La mensajería de texto está disponible con la mayoría de los principales operadores de Estados Unidos. Si mi número de teléfono celular cambia en el futuro, acepto notificarlo de inmediato a BMS al 1-888-768-9588. Podrían aplicar tarifas de datos y mensajes. Puedo darme de baja en cualquier momento enviando un mensaje de texto con STOP al 87861 y un mensaje de texto con HELP para recibir más información. Entiendo que recibiré un texto final que confirme mi solicitud de baja.

### Programa SOTYKTU de apoyo al paciente

El Programa de asistencia para copagos de SOTYKTU es un programa de apoyo que ofrece a los pacientes elegibles ayuda con los copagos, recordatorios, encuestas y otra información sobre SOTYKTU. Entiendo que la información que proporcione, junto con la información sobre mi uso de los servicios del Programa, será almacenada y usada por Bristol Myers Squibb y las partes que actúen en su nombre ("BMS") para brindarme los servicios. BMS también puede almacenar y usar mi información para comunicarse conmigo por correspondencia, teléfono, en formato electrónico o de otro modo sobre los productos, servicios, investigaciones de mercado, ensayos clínicos y otra información y otras ofertas que considera que pueden interesarme. BMS también puede usar mi información para mejorar o desarrollar sus servicios y para otros fines comerciales internos, incluyendo analítica, servicios de comunicación y actividades de marketing. BMS también puede usar mi información para combinarla con otra información que BMS pueda recopilar sobre mí y mis tratamientos de SOTYKTU y usarla para los fines descritos anteriormente. El uso de mi información estará regido por la Política de privacidad de BMS. La Política de privacidad puede cambiar en el futuro y entiendo que debo revisar la versión más reciente en el sitio web [www.bms.com](http://www.bms.com). Puedo suspender futuras comunicaciones de marketing y el uso de mi información llamando al 1-888-768-9588. Al firmar a continuación, acepto que leí y acepto los términos y las condiciones del Programa.

#### Leí la autorización del paciente y acepto sus términos.

Nombre del paciente o representante del paciente	
Relación del representante con el paciente	
Correo electrónico de preferencia	
<b>FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE DEL PACIENTE</b>	
Fecha de hoy	MM / DD / AAAA
Fecha de nacimiento	MM / DD / AAAA

El paciente o su representante debe recibir una copia de este Formulario de Acuerdo y Autorización del Paciente después de haberlo firmado. **NOTA:** La inscripción no se puede procesar sin una firma válida. En caso de que no firme el paciente, se requiere poder notarial. Envíe los documentos por fax al 1-888-381-0029 o llame al 1-888-SOTYKTU (1-888-768-9588) para obtener más ayuda.

**SÍ, ACEPTO RECIBIR MENSAJES DE TEXTO.** Leí y acepto recibir mensajes de texto y llamadas tal como se explica en el consentimiento para mensajes de texto y llamadas marcadas automáticamente.

Al marcar esta casilla, yo, el paciente identificado en la casilla de firma anterior, acepto recibir mensajes de texto o llamadas telefónicas marcadas automáticamente por o en nombre de BMS y los términos de este programa móvil (visite [sotyktu.com/terms-conditions](http://sotyktu.com/terms-conditions)) en el número de teléfono que he proporcionado. Entiendo que recibiré llamadas telefónicas y mensajes de texto informativos y de telemarketing relacionados con cualquier programa de apoyo al paciente de BMS en el que pueda estar inscrito, incluyendo, entre otros, el Programa. [No recibiré más de 9 mensajes al mes de un programa de apoyo a pacientes

Nombre en letra de molde
<b>FIRMA DEL PACIENTE</b>
Fecha de hoy
MM / DD / AAAA

Escanee este código para añadir nuestro número a su teléfono, de esta forma siempre sabrá cuándo le llama su coordinador de apoyo de SOTYKTU. Para hacerlo manualmente, cree un nuevo contacto "SOTYKTU 360 SUPPORT" en su teléfono con este número: 1-888-SOTYKTU (768-9588).



## Oferta de prueba gratuita de SOTYKTU

**Para ser elegible para recibir el SOTYKTU de la Oferta de prueba gratuita de SOTYKTU (deucravacitinib):**

- Los pacientes deben ser pacientes nuevos que nunca antes hayan recibido una muestra ni hayan surtido una prescripción de SOTYKTU
- Los pacientes deben tener una prescripción válida de 30 días para SOTYKTU para una indicación autorizada
- Los pacientes son mayores de 18 años
- Los pacientes deben ser residentes de Estados Unidos o de un territorio de Estados Unidos

### Términos de uso

- Los pacientes elegibles con una prescripción válida de 30 días para SOTYKTU pueden recibir un suministro gratuito de 30 días de SOTYKTU. El paciente es responsable de los impuestos aplicables, si corresponde. Esta oferta no se puede canjear en prescripciones emitidas hace más de 30 días.
- Esta oferta está limitada a un uso por paciente de por vida y no es transferible. Al canjear esta oferta, los pacientes certifican que nunca antes han surtido una prescripción para SOTYKTU.
- La Oferta de prueba gratuita de SOTYKTU para la prescripción especificada no se puede combinar con ningún otro descuento/cupón, prueba gratuita u oferta similar. No se permiten sustituciones.
- Los pacientes, farmacéuticos y prescriptores no pueden solicitar el reembolso del SOTYKTU de la Oferta de prueba gratuita de SOTYKTU al seguro médico ni de ningún tercero, incluyendo los programas financiados por el estado o el gobierno federal.
- Los pacientes no pueden contabilizar el SOTYKTU de la Oferta de prueba gratuita de SOTYKTU como un gasto incurrido para determinar los costos de desembolso de cualquier plan, incluyendo los gastos reales de bolsillo (TrOOP, por sus siglas en inglés), a fin de calcular el límite de gastos de bolsillo para los planes de la Parte D de Medicare.
- Solo válido en Estados Unidos y los territorios de Estados Unidos; esta oferta es nula donde esté restringida o prohibida por la ley.
- Bristol Myers Squibb se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar esta oferta en cualquier momento sin previo aviso.
- Esta oferta no está condicionada a ninguna compra pasada, presente o futura, incluyendo refills.
- La Oferta de prueba gratuita de SOTYKTU no es un seguro de salud.

AL CANJEAR ESTA OFERTA, EL PACIENTE Y EL FARMACÉUTICO ENTIENDEN Y ACEPTAN CUMPLIR CON ESTOS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD Y TÉRMINOS DE USO.

## Programa SOTYKTU Bridge

### Requisitos de elegibilidad

**Para ser elegible para el Programa SOTYKTU Bridge para SOTYKTU (deucravacitinib):**

- Una prescripción de SOTYKTU para un uso aprobado por la FDA
- Seguro comercial con cobertura
- Presentar una autorización previa dentro de los 90 días posteriores a la inscripción en el Programa SOTYKTU Bridge
- Presentar una apelación/excepción/carta de necesidad médica para impugnar la respuesta del pagador a la autorización previa dentro de los 90 días o según lo establecido en las pautas del pagador para respuesta a la autorización previa si se niega la cobertura
- El Programa requiere una verificación periódica del estado de su cobertura de seguro para confirmar que usted sigue siendo elegible, incluyendo, entre otros, el proceso de reverificación anual. El programa está disponible hasta que su seguro comercial cubra sus medicamentos hasta por 36 meses (dispensados en prescripciones de 30 días). Cobertura de hasta 12 meses para residentes en Massachusetts, Minnesota y Rhode Island
- Contar en el expediente con un Acuerdo y Autorización del Paciente firmado
- Residentes de Estados Unidos solamente
- El Programa SOTYKTU Bridge no está disponible para pacientes que tienen cobertura de seguro de medicamentos recetados a través de Medicare, Medicaid o cualquier otro programa federal o estatal

## Oferta Bridge para cobertura comercial:

El Programa SOTYKTU Bridge está disponible sin costo para pacientes elegibles, con seguros comerciales, diagnosticados con una indicación autorizada y cuya autorización previa se deniega o retrasa, y no depende de ningún requisito de compra, por hasta 36 meses (dispensado en prescripciones de 30 días). El prescriptor certificó que la terapia con SOTYKTU es médicamente necesaria para este paciente y supervisará debidamente el tratamiento del paciente. El Programa SOTYKTU Bridge no está disponible para pacientes que tienen cobertura de seguro de medicamentos recetados a través de Medicare, Medicaid o cualquier otro programa federal o estatal, y está disponible por no más de 12 meses para pacientes en MA, MN y RI. La apelación de cualquier denegación de autorización previa debe realizarse dentro de los 90 días o según las pautas del pagador, para permanecer en el Programa. La elegibilidad se volverá a verificar cada 12 meses consecutivos a partir de la fecha del primer envío para el paciente, y se puede volver a verificar en otros momentos durante la participación en el Programa. La oferta no es un seguro de salud y puede modificarse o suspenderse en cualquier momento sin previo aviso. Una vez que el plan de seguro comercial del paciente apruebe la cobertura, el paciente ya no será elegible. Pueden aplicarse otras limitaciones. Bristol Myers Squibb se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar este Programa en cualquier momento sin previo aviso.

## Términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos de SOTYKTU

### Requisitos de elegibilidad y beneficios del programa

- Los pacientes deben tener un seguro comercial (privado), pero su cobertura no debe cubrir el costo total de la prescripción. La asistencia de copago no es válida cuando el seguro reembolsa el costo total de la prescripción
- Los pacientes no son elegibles si tienen cobertura de seguro de medicamentos recetados a través de un programa de atención médica estatal o federal, incluyendo, entre otros, Medicare, Medicaid, Medigap, CHAMPUS, TRICARE, Veterans Affairs (VA) o programas del Departamento de Defensa (DOD, por sus siglas en inglés); los pacientes que pasen del programa de seguro médico comercial al estatal o federal ya no serán elegibles
- Los pacientes que pagan en efectivo no son elegibles para la asistencia de copago
- Los pacientes deben ser mayores de 18 años
- Los pacientes deben vivir en Estados Unidos o sus territorios
- Los pacientes elegibles con una tarjeta de copago activada y una prescripción válida podrían recibir un suministro de 30 días por tan solo \$0; aplican límites máximos de beneficios mensuales y anuales del programa, lo cuales pueden variar de un paciente a otro, según los términos del plan de medicamentos recetados del paciente y en base a factores determinados únicamente por Bristol Myers Squibb

### Tiempos del Programa

- El período de inscripción es para los primeros 2 años y luego se requiere reinscripción cada año calendario a partir de entonces

### Términos y condiciones adicionales

- Los pacientes, farmacéuticos y prescriptores no pueden solicitar el reembolso del seguro médico, de la cuenta de ahorros para la salud o gastos flexibles ni de ningún tercero, por cualquier parte del beneficio recibido por el paciente a través de esta oferta
- La aceptación de esta oferta confirma que dicha oferta es consistente con el seguro del paciente. Los pacientes, farmacéuticos y proveedores de atención médica deben informar la recepción de los beneficios de asistencia de copago si así lo requiere el proveedor de seguros del paciente
- Todos los pagos del Programa son únicamente para el beneficio del paciente
- Oferta válida únicamente en Estados Unidos y sus territorios
- Nulo donde esté prohibido por la ley, gravado o restringido
- El Programa no es un seguro
- Los beneficios del Programa no son transferibles y están limitados a uno (1) por paciente. Esta oferta no se puede combinar con ninguna otra oferta, reembolso, cupón o prueba gratuita
- Este Programa no está condicionado a ninguna compra pasada, presente o futura, incluyendo dosis adicionales
- Sin cuotas de membresía
- Bristol Myers Squibb se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar esta oferta en cualquier momento sin previo aviso