

Formulario de inscripción para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer

Los pacientes deben ingresar en pfizeroncologytogether.com • Los proveedores de atención médica (healthcare providers, HCP) deben ingresar en pfizeroncologytogether-portal.com



ENVÍE POR FAX LOS FORMULARIOS
COMPLETADOS AL 1-877-736-6506



ENVÍE POR CORREO POSTAL A Pfizer Oncology Together, 2730 S Edmonds Lane,
Suite 300, Lewisville, TX 75067

Cómo comenzar con Pfizer Oncology Together™



IMPORTANTE: LEA DETENIDAMENTE LA INFORMACIÓN ANTES DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO

NOTA IMPORTANTE: El paciente debe firmar y fechar todas las secciones correspondientes del formulario, a menos que se encuentre incapacitado y no pueda firmarlo o sea menor de 18 años. Si este formulario se completa a mano, todas las respuestas deben escribirse en letra de imprenta de manera clara. No use letra cursiva.

PACIENTES

¿Ha trabajado con su proveedor de atención médica, plan de salud y/o farmacia especializada para comprender sus costos respecto del medicamento de Pfizer recetado incluso si tiene un máximo de bolsillo anual?

¿Puede pagar los costos de sus medicamentos recetados?

Si la respuesta es SÍ, NO ES NECESARIO QUE COMPLETE ESTE FORMULARIO.

Si la respuesta es NO, ¿le han recetado un producto de nuestra lista de medicamentos de administración por vía oral y tiene un plan Medicare Parte D/Medicare Advantage?

Los pacientes de Medicare Parte D/Advantage pueden inscribirse en el Plan voluntario de pagos de recetas de Medicare para resolver los problemas relacionados con los costos de las recetas durante el año del plan.

¿Se ha inscrito en el Plan de pagos de recetas de Medicare?

Si la respuesta es SÍ, ¿comprende los costos mensuales de sus recetas (en caso negativo, asegúrese de comunicarse con el Plan)? ¿Puede pagar estos costos?

Si la respuesta es NO, revise los requisitos de elegibilidad para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer para determinar si puede ser elegible. Si es así, **COMPLETE ESTE FORMULARIO CON SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA.**

Si la respuesta es NO, es un requisito que debe considerarse para la inscripción en el Programa de asistencia al paciente de Pfizer.

CONSEJOS

ANTES DE ENVIARLO, ASEGÚRESE DE COMPLETAR LOS PASOS REQUERIDOS:

- Complete las **secciones 1, 2, 3** (Si la sección 3 está incompleta, será necesario presentar documentación sobre ingresos) **y 6**
- Lea, firme y feche las **secciones 2, 4, 5, 8 y 9**

PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA

¿Obtuvo la Autorización previa a través del plan de salud del paciente para los medicamentos de Pfizer recetados?

¿Su paciente entiende sus costos de bolsillo por sus recetas incluido su máximo de bolsillo, según corresponda?

¿Su paciente puede pagar los costos de sus medicamentos recetados?

Si la respuesta es SÍ, NO COMPLETE ESTE FORMULARIO.

Si la respuesta es NO, ¿se le recetó al paciente un medicamento de administración por vía oral y tiene un plan Medicare Parte D/Medicare Advantage?

Los pacientes de Medicare Parte D/Advantage pueden inscribirse en el Plan voluntario de pagos de recetas de Medicare para resolver los problemas relacionados con los costos de las recetas durante el año del plan.

¿Se ha inscrito su paciente en el Plan de pagos de recetas de Medicare?

Si la respuesta es SÍ, ¿comprende su paciente los costos mensuales de sus recetas? ¿Puede su paciente pagar estos costos?

Si la respuesta es NO, revise los requisitos de elegibilidad para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer para determinar si su paciente puede ser elegible. Si es así, **COMPLETE ESTE FORMULARIO CON SU PACIENTE.**

Si la respuesta es NO, es un requisito que debe considerarse para la inscripción en el Programa de asistencia al paciente de Pfizer.

CONSEJOS

Para inscribir a su paciente en Pfizer Oncology Together™ y presentar su receta médica, tiene 3 opciones:

- 1 Vaya a pfizeroncologytogether-portal.com **O**
- 2 Envíe una receta médica por correo electrónico a: Sonexus Health Pharmacy Services (SHPS), número de Registro Nacional del Proveedor (National Provider Identifier, NPI) 1447680210; Consejo Nacional de Programas de Medicamentos Recetados (National Council for Prescription Drug Programs, NCPDP) 5910206 **O**
- 3 Envíe por fax o correo postal un formulario de inscripción impreso y **COMPLETE LOS PASOS OBLIGATORIOS:**
 - Complete las **páginas 6 y 7**
 - Lea, firme y feche las **secciones 10 y 13**

Elegibilidad de los pacientes para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer

El Programa de asistencia al paciente de Pfizer™ les da medicamentos de Pfizer de forma gratuita a los pacientes elegibles que tienen dificultades para pagar sus medicamentos oncológicos de Pfizer recetados.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD*

Antes de completar el Formulario de inscripción en el Programa de asistencia al paciente, el paciente debe tener una Autorización previa aprobada (si lo requiere su aseguradora), debe comprender sus costos de bolsillo de sus recetas y su máximo de bolsillo anual (si corresponde) y ser incapaz de pagar estos costos. Los pacientes deben reunir las siguientes condiciones:

- No tener un seguro o contar con un seguro a través de un programa gubernamental y ser incapaz de pagar los costos de bolsillo de sus recetas. El seguro gubernamental incluye, entre otros, Medicare, Medicaid, Champus/TRICARE y Veterans Affairs
 - Los pacientes con seguro comercial (p. ej., seguro laboral o a través de un Plan federal del empleador) no son elegibles, independientemente de la cobertura del seguro
- Solo para pacientes que tienen Medicare Parte D/Advantage:
 - Para certificar su elegibilidad, los pacientes deben firmar y fechar la Certificación de Medicare Parte D/Advantage incluida en el formulario de inscripción para confirmar que cumplen con los requisitos de elegibilidad enumerados anteriormente
 - Se requiere documentación de la inscripción en el Plan de pagos de recetas de Medicare† y
 - Los pacientes deben confirmar que no han alcanzado sus costos de bolsillo anuales (y, por lo tanto, aún no tienen un copago de \$0 para los medicamentos cubiertos)
- Trabajar con el consultorio de su médico, su farmacia y/o su aseguradora para comprender sus copagos y los costos totales de las recetas médicas para el año en que solicitan asistencia DESPUÉS DE:
 - Obtener la Autorización previa (si lo requiere su aseguradora); E
 - Inscribirse en el Plan de pagos de recetas médicas de Medicare en el caso de los pacientes que cuentan con Medicare Parte D/Advantage
- Ser incapaces de afrontar los costos de las recetas y dar fe de ello
 - Cumplir con los requisitos de ingresos—el ingreso anual familiar antes de la deducción de impuestos no puede superar el 300 % del Nivel Federal de Pobreza, adaptado al tamaño del hogar
 - Se deben demostrar los ingresos familiares, lo que se puede hacer usando lo siguiente:
 - Verificación electrónica de ingresos‡ O
 - Si se presenta una declaración de impuestos, se requiere documentación de los ingresos‡ como la declaración de impuestos del año anterior, los formularios W-2 más recientes o los 3 últimos recibos de sueldo de todos los miembros del hogar
- Tener un diagnóstico aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (Food and Drug Administration, FDA) para los medicamentos de Pfizer recetados
- Ser residente de los Estados Unidos (EE. UU.) o de un territorio de los EE. UU.
- Tener una receta médica válida hecha por un proveedor de atención médica con licencia en los EE. UU. o en un territorio de los EE. UU. y estar recibiendo tratamiento en un entorno de atención ambulatoria

*El Programa de asistencia al paciente de Pfizer es un programa conjunto entre Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Se ofrecen medicamentos gratuitos de Pfizer a través de Pfizer Patient Assistance Foundation™.

La Pfizer Patient Assistance Foundation™ es una entidad legal separada de Pfizer Inc. con otras restricciones legales.

†Los criterios de elegibilidad están sujetos a cambios en cualquier momento.

‡El Programa de asistencia al paciente de Pfizer requiere la inscripción previa en el Plan voluntario de pago de recetas de Medicare voluntario para los medicamentos correspondientes cubiertos y reembolsados por Medicare Parte D/Advantage. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (29 de febrero de 2024). Plan de pago de recetas de Medicare: Guía sobre la parte uno final. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS). <https://www.cms.gov/files/document/medicare-prescription-payment-plan-final-part-one-guidance.pdf>

§Los ingresos se verifican mediante la firma y fecha de la sección de Autorización del paciente para la verificación electrónica de ingresos del formulario de inscripción, que confirma la exactitud de la documentación de los ingresos proporcionada y autoriza la verificación electrónica.

¶Pfizer Oncology Together se reserva el derecho de solicitar documentación de los ingresos si la verificación electrónica de ingresos se considera no concluyente/se requiere más información.

El Programa de asistencia al paciente de Pfizer es un programa conjunto entre Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Se ofrecen medicamentos gratuitos de Pfizer a través de Pfizer Patient Assistance Foundation™. La Pfizer Patient Assistance Foundation™ es una entidad legal separada de Pfizer Inc. con otras restricciones legales.

Para obtener información adicional sobre el Programa de apoyo al paciente de Pfizer Oncology Together, visite Pfizeroncologytogether.com

Para obtener detalles sobre cómo recopilamos y utilizamos la información personal, incluidos los derechos y avisos de privacidad estatales correspondientes de los EE. UU. para los residentes de California, visite www.pfizer.com/privacy.

Actualización de agosto

Página 1 de 7

LOS PACIENTES COMPLETAN ESTE FORMULARIO EN LÍNEA en pfizeroncologytogether.com (no se necesita una versión en papel si el formulario se completa en línea. Si completa este formulario a mano, escriba en letra de imprenta de manera clara. No use letra cursiva).



ENVÍE POR FAX los formularios completados al 1-877-736-6506



ENVÍE POR CORREO POSTAL a Pfizer Oncology Together,
2730 S Edmonds Lane, Suite 300, Lewisville, TX 75067

PARA PACIENTES: complete las siguientes secciones y, a continuación, lea, firme y feche (donde corresponda) la autorización y los consentimientos requeridos. La falta de información o consentimientos puede provocar retrasos en la obtención de su receta médica y en su inscripción en Pfizer Oncology Together™.

☐ Marque aquí si vuelve a postularse para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer*.

Verifique el (los) medicamento(s) recetado(s)

☐ BESPONSA (inotuzumab ozogamicina)
☐ BOSULIF (bosutinib)
☐ BRAFTOVI (encorafenib)
☐ DAURISMO (sodio de glasdegib)

☐ IBRANCE (palbocidib)
☐ INLYTA (axitinib)
☐ LORBRENA (lorlatinib)

☐ MEKTOVI (binimetinib)
☐ MYLOTARG (gemtuzumab ozogamicina)
☐ TALZENNA (talazoparib)

☐ TUKYSA (tucatinib)
☐ VIZIMPRO (dacotinib)
☐ XALKORI (crizotinib)

Nombre del HCP* _____ Apellido del HCP* _____ Teléfono de contacto del HCP* _____

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE (*OBLIGATORIO)

Nombre* _____ Inicial segundo nombre _____ Apellido* _____
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)* _____ Sexo* (asignado al nacimiento): ☐ Masculino ☐ Femenino
Dirección* _____ Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____
Teléfono principal* _____ ☐ R ☐ M ☐ T Mejor horario para comunicarse: ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche
Correo electrónico del paciente _____ Método de comunicación preferido _____
Idioma preferido si no es inglés _____ Nombre del cuidador _____ Apellido del cuidador _____
Teléfono del cuidador _____ Correo electrónico del cuidador _____

2 INFORMACIÓN DE SEGURO (*OBLIGATORIO) ☐ Marque aquí si está aplicando de nuevo y la información de su seguro no ha cambiado ☐ Sin seguro

NOTA: Los pacientes con seguro comercial no son elegibles para inscribirse en el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, aun cuando el plan de seguro comercial no cubra la medicación.

Mi proveedor o farmacia ha revisado conmigo los costos del producto requerido por mi compañía de seguro y certifico que no puedo pagarlo.* ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es afirmativa, y no ha sido proporcionada por su proveedor de atención médica en la sección 12, los cuatro campos a continuación son obligatorios y pueden ser completados por usted/el paciente, el proveedor de atención médica, o ambos.

La compañía aseguradora requirió un copago (después de la autorización previa, si se requiere)* _____

Máximo de bolsillo (Out-of-pocket, OOP) para las recetas* _____

Cantidad alcanzada para el máximo de OOP* _____ Fecha en que se obtuvo la información del plan de seguro/de la farmacia* _____

Tipo de seguro (marque todas las opciones que correspondan)*: ☐ Comercial ☐ Medicare Parte D ☐ Medicare Advantage ☐ Medicare A/B solamente
☐ Medicaid ☐ Beneficios de VA ☐ Otro _____ ☐ Ninguno

(*OBLIGATORIO solo si NO se envían copias del anverso y reverso de las tarjetas de seguro junto con el formulario cumplimentado)

	Seguro médico principal*	Seguro de receta médica principal*	Seguro de receta médica secundaria
Nombre del asegurado*			
Nombre del seguro*			
Teléfono del seguro*			
N.º de identificación de la póliza*			
N.º de grupo*			
N.º de identificación bancaria (Bank Identification Number, BIN)*			
N.º de PCN*			
Seguro de Medicare Parte D solamente (requerido para todos los pacientes de Medicare Parte D)			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

SOLO PARA PACIENTES QUE RECIBEN MEDICARE PARTE D/MEDICARE ADVANTAGE (*OBLIGATORIO)

Al firmar a continuación, certifico que:

- Me he inscrito en el Plan de pagos de recetas de Medicare¹ y he proporcionado un comprobante de inscripción (permite a los pacientes pagar los costos de sus fármacos recetados en pagos mensuales limitados en lugar de todos de una sola vez),
- Entiendo los costos de mi receta después de que mi proveedor de atención médica haya obtenido la Autorización previa (si así lo requiere mi aseguradora) y que, una vez que alcance mi máximo de bolsillo, tendré que pagar \$0 por los medicamentos cubiertos durante el resto del año,
- NO he pagado los costos totales de mis recetas de \$2,000 para el año en que solicito asistencia (mi máximo de bolsillo no se ha alcanzado),
- Y no puedo pagar el costo de mi receta para el (los) producto(s) de Pfizer recetado(s).

FIRMAR X

Firma del paciente* (El paciente o representante del paciente deben tener 18 años o más)² Nombre del representante del paciente (en letra de imprenta)³ Fecha (mm/dd/aaaa)⁴

Si lo firma el representante del paciente, debe indicar a continuación la autoridad con la que actúa en nombre del paciente⁵:

☐ Designado por el tribunal ☐ Padre/madre/tutor ☐ Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención de la salud ☐ Otro _____

¹ El Programa de asistencia al paciente de Pfizer requiere la inscripción previa en el Plan de pago de recetas de Medicare voluntario para los medicamentos correspondientes cubiertos y reembolsados por la Parte D de Medicare/planes Medicare Advantage. Comuníquese con su plan de seguro médico para recetas para obtener más información.

² Los pacientes de 18 años o más deben firmar a menos que estén incapacitados; de lo contrario, un representante con una de las autoridades legales indicadas anteriormente puede firmar en su nombre.

³ NO es obligatorio si lo firma el paciente.

⁴ Es obligatorio si lo firma el representante del paciente.

⁵ El Programa de asistencia al paciente de Pfizer es un programa conjunto entre Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Los medicamentos gratuitos de Pfizer se proporcionan a través de Pfizer Patient Assistance Foundation™. Pfizer Patient Assistance Foundation™ es una entidad legal independiente de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.



ENVÍE POR FAX los formularios completados al 1-877-736-6506

ENVÍE POR CORREO POSTAL a Pfizer Oncology Together,
2730 S Edmonds Lane, Suite 300, Lewisville, TX 75067

PARA PACIENTES

3 INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE (*OBLIGATORIO)

Para ser considerado para la inscripción en el Programa de Asistencia a Pacientes de Pfizer, los pacientes deben tener un ingreso anual en el hogar antes de impuestos del 300 % o menos del Nivel Federal de Pobreza.

Cantidad total de personas dentro del hogar (incluido el solicitante)* _____ Total de ingresos familiares anuales antes de impuestos* \$ _____

Si decide no consentir a la verificación de ingresos electrónicos de la Sección 4, debe enviar la documentación de ingresos de todos los miembros que contribuyen en el hogar para respaldar la información financiera que ha mencionado.

Se adjunta lo siguiente: ☐ La última declaración de impuestos federales (formulario 1040/1040-SR)—obligatorio a menos que no se presente la declaración de impuestos ☐ Formulario W-2 ☐ Otro _____

Gastos médicos estimados de bolsillo para el año en que se solicita asistencia _____
(Esto debe incluir cualquier deducible, copago, costo de receta, prima del seguro y cualquier factura médica prevista solo para el solicitante).

4 AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA VERIFICACIÓN ELECTRÓNICA (opcional, pero puede reducir el tiempo de revisión de la solicitud)

Al firmar y fechar a continuación, yo, el solicitante nombrado anteriormente, entiendo que estoy proporcionando "instrucciones escritas" a Pfizer Inc. bajo la Ley de Información Justa de Créditos (Fair Credit Reporting Act), autorizando a Pfizer Inc. a obtener información de mi perfil de crédito u otra información de Experian® Income ViewSM. Autorizo a Pfizer a obtener dicha información únicamente con el fin de determinar las calificaciones financieras para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer. También acepto proporcionar documentación financiera adicional de manera oportuna, si así se solicita. Comprendo que debo aceptar afirmativamente los términos de este aviso firmando a continuación para continuar con el proceso de evaluación financiera del Programa de asistencia al paciente de Pfizer. Comprendo que tengo derecho a obtener una copia de esta autorización, si la solicito. Esta autorización será válida a partir de la fecha de la firma de este formulario hasta el período de inscripción (a menos que la ley establezca un período más corto). Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando por correo postal una carta para solicitar dicha cancelación a Pfizer Oncology Together, 2730 S Edmonds Lane, Suite 300, Lewisville, TX 75067, pero que esta cancelación no se aplicará a ninguna información que ya se haya usado o divulgado a través de esta autorización. Autorización del paciente para la evaluación financiera: Mi firma certifica que he leído y entendido las afirmaciones anteriores y que acepto los términos descritos.

FIRMAR X

Firma del paciente* (El paciente o representante del paciente deben tener 18 años o más)* _____ Nombre del representante del paciente (en letra de imprenta)* _____ Fecha (mm/dd/aaaa)* _____

Si lo firma el representante legal del paciente, debe indicar a continuación la autoridad con la que actúa en nombre del paciente⁶:

☐ Designado por el tribunal ☐ Padre/madre/tutor ☐ Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención de la salud ☐ Otro _____

5 CONSENTIMIENTO PARA RECOPIRAR Y UTILIZAR DATOS PERSONALES (*OBLIGATORIO)

Pfizer Inc. ("Pfizer") recopila ciertos datos personales (descritos a continuación) sobre las personas para poder proporcionar servicios de apoyo al paciente a pacientes elegibles a través del Programa de Pfizer Oncology Together (el "Programa"). Pfizer solicita este consentimiento porque necesita recopilar y usar dichos datos, que se consideran datos confidenciales en algunas jurisdicciones, en relación con la operación del programa.

Datos personales recopilados y/o utilizados. Los datos personales que Pfizer y sus proveedores de servicios pueden recopilar y usar incluyen nombre, identificador del paciente, resultados de pruebas, registros médicos, información del proveedor de atención médica, otros datos que identifiquen que usted está buscando servicios de atención médica, y datos relacionados de otro modo con su afección médica, diagnóstico y/o tratamiento (en conjunto, "datos personales").

Propósitos de la recopilación y el uso. Sus datos personales se usarán para los siguientes fines: Sus datos personales serán usados por Pfizer, que proporcionará servicios de apoyo al paciente a los pacientes elegibles, incluidos, cuando corresponda, la determinación de la elegibilidad para los programas de apoyo para el copago o de medicamentos gratuitos.

Duración. Al firmar este consentimiento para recopilar y usar, acepto que estas entidades puedan usar los datos personales para proporcionar servicios de apoyo al paciente aplicables o según lo permitan o requieran las leyes de privacidad

correspondientes. Permiso dicho uso durante dos años después de la fecha en que firme el consentimiento, a menos que y hasta que lo revoque (es decir, lo retire) por escrito antes de ese momento.

Revocación. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que Pfizer haya tomado alguna medida basándose en mi consentimiento. Comprendo que si revoco mi consentimiento, no tendrá ningún efecto sobre la recopilación, los usos o las divulgaciones de mis datos personales que tuvieron lugar antes de recibir mi revocación. Para revocar, comprendo que debo notificar a Pfizer Oncology Together enviando un correo electrónico a privacy@sonexushealth.com o llamando al 1-877-744-5675, de 8 A. M. a 8 P. M., hora del Este, de lunes a viernes. Entiendo que mi consentimiento para recopilar y usar mis datos personales es voluntario y puede ser revocado por escrito en cualquier momento. He leído este consentimiento y/o se me ha leído su contenido. Comprendo plenamente los términos y condiciones descritos anteriormente.

Consentimiento para recopilar datos personales:

Al firmar y fechar a continuación, otorgo mi consentimiento por voluntad propia y acepto la recopilación y el uso de mis datos personales según se describió anteriormente. Comprendo que una copia firmada de este consentimiento está disponible para mí, si la solicito.

FIRMAR X

Firma del paciente* (El paciente o representante del paciente deben tener 18 años o más)* _____ Nombre del representante del paciente (en letra de imprenta)* _____ Fecha (mm/dd/aaaa)* _____

Si lo firma el representante legal del paciente, debe indicar a continuación la autoridad con la que actúa en nombre del paciente⁶:

☐ Designado por el tribunal ☐ Padre/madre/tutor ☐ Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención de la salud ☐ Otro _____

*Los pacientes de 18 años o más deben firmar a menos que estén incapacitados; de lo contrario, un representante con una de las autoridades legales indicadas anteriormente puede firmar en su nombre.

²NO se requiere si lo firma el paciente.

³Se requiere si lo firma el representante del paciente.

El Programa de asistencia al paciente de Pfizer es un programa conjunto entre Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation⁷. Los medicamentos gratuitos de Pfizer se proporcionan a través de Pfizer Patient Assistance Foundation⁷. Pfizer Patient Assistance Foundation⁷ es una entidad legal independiente de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.



ENVÍE POR FAX los formularios completados al 1-877-736-6506

ENVÍE POR CORREO POSTAL a Pfizer Oncology Together,
2730 S Edmonds Lane, Suite 300, Lewisville, TX 75067

PARA PACIENTES

6 CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO (*OBLIGATORIO)

Al proporcionar su número de teléfono _____, usted otorga su consentimiento para recibir comunicaciones de Pfizer con información sobre el programa de Pfizer Oncology Together. Comprende que otorgar este consentimiento no es obligatorio ni una condición para adquirir productos o servicios. La frecuencia de los mensajes varía. Pueden aplicarse tarifas de datos y por mensajes. Los términos completos se pueden encontrar en www.pfizeroncologytogether.com/care-champion-text-terms y la Política de privacidad de Pfizer en www.pfizer.com/privacy. Envíe un mensaje de texto con la palabra STOP si desea cancelar los mensajes de texto.

7 INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA PERSONALIZADO DE APOYO AL PACIENTE (Opcional)

Puede inscribirse para recibir apoyo personalizado de un Director de reembolsos de campo de Pfizer (especialista en apoyo) a lo largo de su tratamiento. Después de que se inscriba en Pfizer Oncology Together™ y se suscriba a este servicio, un especialista en apoyo se comunicará con usted para proporcionarle diversas opciones de apoyo personalizado, que incluye acceso y asistencia financiera para pacientes elegibles y/o derivaciones a organizaciones de pacientes para obtener recursos y apoyo. Trabajar con un especialista en apoyo es opcional.

☐ Al marcar esta casilla, solicito apoyo personalizado y acepto recibir comunicaciones telefónicas del especialista en apoyo de Pfizer. Comprendo que mi consentimiento no es obligatorio ni una condición para adquirir bienes o servicios de Pfizer. Comprendo que puedo optar por dejar de recibir apoyo y comunicaciones de Pfizer en cualquier momento si me pongo en contacto con Pfizer Oncology Together™ al 1-877-744-5675.

8 CERTIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE PFIZER (*OBLIGATORIO)

La información que usted proporcione será utilizada por Pfizer Inc. ("Pfizer"), Pfizer Patient Assistance Foundation™ y terceros que actúen en su nombre para determinar la elegibilidad, administrar y mejorar el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, comunicarse con usted para consultarle sobre su experiencia con el Programa de asistencia al paciente de Pfizer o para enviarle materiales, otra información útil y actualizaciones relacionadas con los programas de Pfizer.

Declaración del paciente: Al firmar a continuación, certifico que no puedo pagar mi medicamento y afirmo que mis respuestas y mis comprobantes de ingresos son completos, verdaderos y exactos a mi leal saber y entender. Entiendo que: Completar este formulario de inscripción no garantiza que reuniré los requisitos para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer. Pfizer puede verificar la precisión de la información que he proporcionado y puede solicitar más información financiera y del seguro. No está permitido vender, comercializar, intercambiar ni transferir ninguno de los medicamentos suministrados por los programas de asistencia al paciente de Pfizer. Pfizer se reserva el derecho de modificar o cancelar el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, o de dar por terminada mi inscripción, en cualquier momento. El apoyo brindado a través de este programa no depende de una compra futura. Si estoy inscrito en un plan de la Parte D de Medicare y soy elegible para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, Pfizer notificará a mi plan de la Parte D sobre mi inscripción en el Programa de asistencia al paciente de Pfizer. Si soy un paciente con seguro comercial, no puedo recibir asistencia a través del Programa de asistencia al paciente de Pfizer incluso si mi prescripción no está cubierta por el plan de seguro comercial. Cualquier plan de seguro financiado por el empleador o comercial que requiera que los pacientes soliciten el Programa de asistencia al paciente de Pfizer como requisito previo o requisito para la cobertura de un producto de Pfizer, comúnmente conocido como programas de financiación alternativos (también denominados redes de especialidades y escisiones de especialidades) no son aptos

para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer. El Programa de asistencia al paciente de Pfizer es solo para beneficio del paciente. Acepto informar a Pfizer si tengo conocimiento de que soy miembro de dicho plan de seguros, o si solicito el programa de asistencia al paciente de Pfizer en nombre de un miembro inscrito en dicho plan de seguros.

Certifico y atestiguo que si recibo medicamento(s) proporcionado(s) por Pfizer a través del Programa de asistencia al paciente de Pfizer: Me comunicaré de inmediato con el Programa de asistencia al paciente de Pfizer si mi situación financiera o mi cobertura de seguro cambian. No solicitaré que se contabilice este medicamento, ni ningún costo derivado de él, en mis gastos de bolsillo reales de la Parte D de Medicare para medicamentos recetados. No enviaré reclamaciones, buscaré reembolsos o créditos por el (los) medicamento(s) a mi proveedor o pagador del seguro de medicamentos recetados, incluidos los planes de la Parte D de Medicare. Notificaré a mi proveedor de seguro la recepción de cualquier medicamento a través del Programa de asistencia al paciente de Pfizer. Tengo una copia firmada de un formulario de autorización en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) para el uso y la divulgación de información médica protegida actual y completa en los registros con mi médico que receta a fin de que este pueda compartir mi información médica con el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, Pfizer y Pfizer Patient Assistance Foundation Inc.

FIRMAR X

Firma del paciente* (El paciente o representante del paciente deben tener 18 años o más)[‡] _____ Nombre del representante del paciente (en letra de imprenta)[§] _____ Fecha (mm/dd/aaaa)[‡] _____

Si lo firma el representante legal del paciente, debe indicar a continuación la autoridad con la que actúa en nombre del paciente[§]:

☐ Designado por el tribunal ☐ Padre/madre/tutor ☐ Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención de la salud ☐ Otro _____

*Los pacientes de 18 años o más deben firmar a menos que estén incapacitados; de lo contrario, un representante con una de las autoridades legales indicadas anteriormente puede firmar en su nombre.

[‡]NO se requiere si lo firma el paciente.

[§]Se requiere si lo firma el representante del paciente.

El Programa de asistencia al paciente de Pfizer es un programa conjunto entre Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Los medicamentos gratuitos de Pfizer se proporcionan a través de Pfizer Patient Assistance Foundation™. Pfizer Patient Assistance Foundation™ es una entidad legal independiente de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.



ENVÍE POR FAX los formularios completados al 1-877-736-6506

ENVÍE POR CORREO POSTAL a Pfizer Oncology Together,
2730 S Edmonds Lane, Suite 300, Lewisville, TX 75067

PARA PACIENTES

9

AUTORIZACIÓN EN VIRTUD DE LA HIPAA PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (*OBLIGATORIO)

Autorizo (es decir, permito) el uso y/o la divulgación de mi información médica protegida, descrita a continuación, que está protegida por una ley federal conocida como Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996, y sus enmiendas ("HIPAA"). En general, la información médica protegida es información, incluida la información demográfica, que (1) se relaciona con mi salud o afección física o mental pasada, presente o futura, con la prestación de atención médica que se me ha prestado, o con el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica que se me ha prestado, y (2) que me identifica o respecto de la cual existe una base razonable para creer que puede usarse para identificarme. Comprendo que esta autorización es voluntaria.

- 1. Persona(s) o clase de persona(s) autorizadas para divulgar información médica protegida:** mis proveedores de atención médica, incluidos los médicos que me tratan y los laboratorios médicos que me proporcionan atención médica y realizan pruebas médicas.
- 2. Persona(s) o clase de persona(s) autorizadas para recibir información médica protegida:** Pfizer Inc. ("Pfizer"), el Programa de Pfizer Oncology Together (el "Programa") y otros proveedores de servicios autorizados de Pfizer.
- 3. Descripción de la información médica protegida que puede usarse y/o divulgarse:** mi nombre, identificador del paciente, resultados de pruebas, registros médicos, información del proveedor de atención médica, otros datos que identifiquen que estoy buscando servicios de atención médica, y datos relacionados de otro modo con mi afección médica, diagnóstico y/o tratamiento.
- 4. Propósito(s) del uso y/o la divulgación de información médica protegida:** determinar si se han cumplido las condiciones para la elegibilidad en virtud del Programa; y proporcionarme diversos tipos de apoyo para poder acceder a un medicamento de Pfizer, que puede incluir lo siguiente:
 - Determinar mi elegibilidad y ayudarme para acceder a los programas de apoyo para el copago o de medicamentos gratuitos
 - Comunicarse con mis proveedores de atención médica en relación con un medicamento de Pfizer y las actividades de apoyo al paciente

- Proveerme recursos e información de asistencia financiera, si soy elegible
 - Pfizer también puede usar mi información médica para fines de control de calidad, y para evaluar y mejorar sus operaciones y servicios
- 5. Sin condicionamiento.** Comprendo que mi tratamiento, inscripción, elegibilidad y pago en virtud de mi plan de salud no están condicionados a que firme este formulario y acepte permitir la divulgación de mi información médica protegida a Pfizer y sus proveedores de servicios autorizados.
 - 6. Derecho a revocar.** Puedo revocar (es decir, retirar) esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que mis proveedores de atención médica hayan tomado alguna medida en función de mi autorización. Comprendo que si revoco esta autorización, no tendrá ningún efecto sobre los usos o las divulgaciones de mi información médica protegida que se produjeron antes de recibir mi revocación. Para revocar, comprendo que debo notificar a Pfizer Oncology Together™ enviando un correo electrónico a privacy@sonexushealth.com o llamando al 1-877-744-5675, de 8 A. M. a 8 P. M., hora del Este, de lunes a viernes.
 - 7. Vencimiento de la autorización.** Esta autorización permanecerá en plena vigencia y efecto durante dos años a partir de la fecha de esta autorización, a menos que la revoque antes de este tiempo.
 - 8. Potencial de nueva divulgación.** Es posible que las personas o entidades que reciban mi información médica protegida en virtud de esta autorización no estén obligadas por las leyes de privacidad (como la HIPAA) a proteger la información y pueden compartirla con terceros sin mi permiso, si lo permiten las leyes que se aplican a ellas.
 - 9. Copia de la autorización.** Comprendo que tengo derecho a recibir una copia firmada de esta autorización.

He leído esta autorización y/o se me ha leído su contenido. Autorizo el uso y la divulgación de mi información médica protegida según se describe en las secciones 1-9 anteriores.

FIRMAR X

Firma del paciente* (El paciente o representante del paciente deben tener 18 años o más)*

Nombre del representante del paciente (en letra de imprenta)[§]

Fecha (mm/dd/aaaa)*

Si lo firma el representante legal del paciente, debe indicar a continuación la autoridad con la que actúa en nombre del paciente[§]:
☐ Designado por el tribunal
 ☐ Padre/madre/tutor
 ☐ Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención de la salud
 ☐ Otro _____

*Los pacientes de 18 años o más deben firmar a menos que estén incapacitados; de lo contrario, un representante con una de las autoridades legales indicadas anteriormente puede firmar en su nombre.

[§]NO se requiere si lo firma el paciente.

[§]Se requiere si lo firma el representante del paciente.



ENVÍE POR FAX los formularios completados al 1-877-736-6506

ENVÍE POR CORREO POSTAL a Pfizer Oncology Together,
2730 S Edmonds Lane, Suite 300, Lewisville, TX 75067

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Nombre* _____ Inicial segundo nombre _____ Apellido* _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)* _____
Dirección* _____ Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____

PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA: complete el formulario cuando corresponda y envíelo por fax o correo si la información no se presenta en línea en pfizeroncologytogether-portal.com. Si completa este formulario a mano, escriba en letra de imprenta de manera clara. No use letra cursiva. Todas las páginas deben enviarse a Pfizer Oncology Together™.

NOTA IMPORTANTE: Los pacientes con seguro comercial no son elegibles para recibir asistencia. Los pacientes deben tener un diagnóstico aprobado por la FDA para ser considerados para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer.

10 CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA (*OBLIGATORIO)

Pfizer Inc. ("Pfizer") utilizará la información que proporcione para mejorar y adaptar nuestros productos y servicios con el fin de servirle mejor. La información que usted proporcione será utilizada por Pfizer Patient Assistance Foundation™ y terceros que actúen en su nombre para administrar y mejorar el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, comunicarse con usted para consultarle sobre su experiencia con el Programa de asistencia al paciente de Pfizer y/o para enviarle materiales, otra información útil y actualizaciones relacionadas con los programas de Pfizer.

Al firmar a continuación, usted, el médico recetador, entiende y acepta lo siguiente: Recibiré el medicamento de mi paciente y lo mantendré seguro en mi consultorio hasta que sea dispensado a mi paciente, cuando corresponda. Cualquier medicamento suministrado por Pfizer como resultado de este formulario de inscripción es para uso exclusivo del paciente cuyo nombre se indica en este formulario y no se permite su venta, comercialización, intercambio, transferencia, devolución para obtener un crédito ni su envío a un tercero (como Medicare, Medicaid u otro proveedor de beneficios) para su reembolso, ni se aplicará ningún costo relacionado con este a los gastos de bolsillo reales del paciente. Certifico que la información proporcionada es actual, completa y exacta a mi leal saber y entender. **Certifico que mi decisión de recetar un producto de Pfizer se basa únicamente en mi juicio clínico independiente y que he recetado el producto para una indicación aprobada por la FDA.** Comprendo que completar este formulario de inscripción no garantiza que mi paciente reciba asistencia. Comprendo que los pacientes con seguro comercial no son elegibles para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, aun cuando el plan de seguro comercial no cubra su medicamento recetado. Cualquier plan de seguro financiado por el empleador o comercial que requiera que los pacientes soliciten el Programa de asistencia al paciente de Pfizer como requisito previo o requisito para la cobertura de un producto de Pfizer, comúnmente conocido como programas de financiación alternativos (también denominados redes de especialidades y escisiones de especialidades) no son aptos para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer. El Programa de asistencia al paciente de Pfizer es solo para beneficio del paciente. Acepto informar a Pfizer si tengo conocimiento de que el paciente es miembro de dicho plan de seguro, o si solicito el Programa de asistencia al paciente de Pfizer en nombre de un miembro inscrito en dicho plan de seguro. Si el paciente tiene Medicare Parte D, Pfizer notificará al Plan Medicare Parte D su participación en el Programa de asistencia al paciente de Pfizer. Cumpliré y acataré las leyes de mi estado para profesionales de atención médica autorizados a dispensar medicamentos, cuando corresponda. El medicamento se proporcionará únicamente a este paciente elegible e inscrito sin ningún tipo de cargo. Pfizer puede ponerse en contacto directamente con el paciente para confirmar la recepción de los medicamentos. La información proporcionada en este formulario de inscripción está sujeta a verificación y auditorías aleatorias. Pfizer puede modificar o cancelar este programa en cualquier momento; Pfizer también se reserva el derecho a dar por terminada la inscripción de mi paciente en cualquier momento. Notificaré inmediatamente al Programa de asistencia al paciente de Pfizer si el medicamento de Pfizer ya no es médicamente necesario para el tratamiento de este paciente o si cambia el seguro o el estado financiero de mi paciente. Tengo una copia firmada en archivo del formulario de autorización en virtud de la HIPAA para el uso y divulgación de información médica protegida actual y completa de mi paciente a fin de que yo pueda compartir información médica del paciente con el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, Pfizer, y Pfizer Patient Assistance Foundation Inc.

FIRMAR X

Firma del proveedor de atención médica*

Fecha (mm/dd/aaaa)*

11 INFORMACIÓN DE ENVÍO (*OBLIGATORIO)

Enviar a*: ☐ Paciente ☐ Médico recetador ☐ Otro (indique la dirección de envío, NO LAS FARMACIAS) _____

Dirección* _____ Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____

12 AUTORIZACIÓN PREVIA Y COSTOS REQUERIDOS POR LA ASEGURADORA (*OBLIGATORIO)

¿Requiere el pagador una autorización previa?: ☐ Sí ☐ No

Número de autorización previa* _____ Fechas de autorización previa* _____

Los costos del producto se obtuvieron del plan de seguro/de la farmacia y mi paciente ha certificado que no puede pagar esto*: ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es afirmativa y el paciente no la ha facilitado en la sección 2, los cuatro campos a continuación son obligatorios y los puede completar el proveedor de atención médica, el paciente o ambos.

La compañía aseguradora requirió un copago (después de la autorización previa, si se requiere)* _____

Máximo de bolsillo (Out-of-pocket, OOP) para las recetas* _____

Cantidad alcanzada para el máximo de OOP* _____

Fecha en que se obtuvo la información del plan de seguro/de la farmacia* _____

13 CERTIFICACIÓN EN ETIQUETA Es necesario, y si no se firma/fecha, el paciente no es elegible para ser considerado para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer.

Certifico que soy el profesional de atención médica que ha recetado la terapia identificada en este formulario. Además, certifico que he hecho un juicio independiente de que la terapia mencionada es médicamente necesaria y que la información proporcionada en este formulario es precisa, a mi leal saber y entender.

FIRMAR X

Firma del proveedor de atención médica*

Fecha (mm/dd/aaaa)*

*Requerido si el pagador requiere una autorización previa

El Programa de asistencia al paciente de Pfizer es un programa conjunto entre Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Los medicamentos gratuitos de Pfizer se proporcionan a través de Pfizer Patient Assistance Foundation™. Pfizer Patient Assistance Foundation™ es una entidad legal independiente de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.

Para obtener detalles sobre cómo recopilamos y utilizamos la información personal, incluidos los derechos y avisos de privacidad estatales correspondientes de los EE. UU. para los residentes de California, visite www.pfizer.com/privacy.



ENVÍE POR FAX los formularios completados al 1-877-736-6506

ENVÍE POR CORREO POSTAL a Pfizer Oncology Together,
2730 S Edmonds Lane, Suite 300, Lewisville, TX 75067

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Nombre* _____ Inicial segundo nombre _____ Apellido* _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)* _____
Dirección* _____ Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____

PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA: complete el formulario cuando corresponda y envíelo por fax o correo si la información no se presenta en línea en pfizeroncologytogether-portal.com. Si completa este formulario a mano, escriba en letra de imprenta de manera clara. No utilice letra cursiva. Todas las páginas deben enviarse a Pfizer Oncology Together™.

14 INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA (*REQUIRED)

Nombre del proveedor de atención médica* _____ Apellido del proveedor de atención médica* _____
N.º de NPI* _____ N.º de licencia del estado* _____
Nombre del consultorio* _____ Dirección* _____ Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____
Nombre de contacto del consultorio* _____ Teléfono de contacto del consultorio* _____
Fax del consultorio* _____
Correo electrónico _____ Método preferencial de comunicación: ☐ Teléfono ☐ Fax
Ubicación del centro de atención*: ☐ Consultorio del proveedor ☐ Hospital, como paciente ambulatorio ☐ Hospital, como paciente internado ☐ Otra ☐ N/C

15 INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE ADMINISTRA EL MEDICAMENTO (administración/supervisión de la infusión del medicamento)☐ Marcar si es la misma que la de la sección 14 (*OBLIGATORIO, si corresponde)

Nombre del proveedor de atención médica* _____ Apellido del proveedor de atención médica* _____
Nombre del consultorio* _____ N.º de NPI* _____ N.º de licencia del estado* _____
Dirección* _____ Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____
Nombre del contacto del consultorio* _____ Teléfono del contacto del consultorio* _____ Ext. _____
Fax del consultorio* _____ Correo electrónico _____

16 DIAGNÓSTICO

ICD-10 primario* _____ ICD-10 secundario _____

17 INFORMACIÓN DE LA RECETA MÉDICA (*OBLIGATORIO)

MEDICAMENTOS ORALES	Marque el medicamento recetado e indique la concentración y la cantidad.* A continuación, proporcione las indicaciones completas y la información de dosificación. Si se suministra la receta por separado, marque el medicamento recetado.
☐ BOSULIF (bosutinib)	_____ mg, suministro de 30 días ☐ Comprimidos ☐ Cápsulas
☐ BRAFTOVI (encorafenib)	☐ 300 mg ☐ 450 mg ☐ Otro: _____ ☐ suministro de 30 días ☐ Otro: _____
☐ DAURISMO (sodio de glasdegib)	_____ mg, suministro de 30 días
☐ IBRANCE (palbociclib)	_____ mg, suministro de 28 días
☐ INLYTA (axitinib)	_____ mg, suministro de 30 días
☐ LORBRENA (lorlatinib)	_____ mg, suministro de 30 días
☐ MEKTOVI (binimetinib)	☐ 45 mg ☐ Otro: _____ ☐ suministro de 30 días ☐ Otro: _____
☐ TALZENNA (talazoparib)	_____ mg, suministro de 30 días, cápsulas de gelatina blanda HRR+ masculina: ☐ Sí ☐ No
☐ TUKYSA (tucatinib)	☐ 300 mg ☐ Otra dosis/suministro: _____
☐ VIZIMPRO (dacomitinib)	_____ mg, suministro de 30 días
☐ XALKORI (crizotinib)	_____ mg, suministro de 30 días

Instrucciones para la administración de la dosis* _____ Indique la cantidad de reposiciones* _____

Alergias farmacológicas*: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", detalle el [los] medicamento[s] y la[s] reacción[es] asociada[s] _____

Medicamentos actuales del paciente* _____

MEDICAMENTOS INYECTABLES	TAMAÑO DEL VIAL	CANT. DE VIALES	FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO	FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO	INDICACIONES
☐ BESPONSA (inotuzumab ozogamicina)					
☐ MYLOTARG (gemtuzumab ozogamicina)					

Instrucciones para la administración de la dosis* _____

Indique la cantidad de reposiciones* _____

Alergias farmacológicas*: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", detalle el [los] medicamento[s] y la[s] reacción[es] asociada[s] _____

Medicamentos actuales del paciente* _____

FIRMAR X

Firma del médico que receta* – SIN SELLOS

Fecha (mm/dd/aaaa)* _____

Tenga en cuenta: Si desea emitir una receta electrónica, busque el número de Registro Nacional del Proveedor (National Provider Identifier, NPI) de Sonexus Health Pharmacy Services (SHPS): 1447680210; NCPDP 5910206. Los profesionales de Nueva York que emitan recetas deben hacerlo de forma electrónica.

Para obtener detalles sobre cómo recopilamos y utilizamos la información personal, incluidos los derechos y avisos de privacidad estatales correspondientes de los EE. UU. para los residentes de California, visite www.pfizer.com/privacy.