



Formulario de inscripción en servicios de apoyo para el reembolso y asistencia al paciente



Complete y envíe las páginas 2-7 a Pfizer Oncology Together.

Pacientes: ir a pfizeroncologytogether.com • Proveedores de atención médica: ir a 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

Pfizer Oncology Together está listo para ayudar



Servicios de apoyo para el reembolso

Verificación de beneficios, apoyo con las autorizaciones previas, y/o apoyo con las apelaciones Pfizer Oncology Together comprobará la cobertura del seguro médico y los costos de bolsillo del paciente, compartirá esta información con el paciente, y enviará por fax al consultorio del proveedor de atención médica (healthcare provider, HCP) un resumen de los beneficios.



Programa de ahorros en copagos

➔ Vaya a pfizercopoly.com para inscribirse si es un paciente con seguro comercial y le recetan TIVDAK, un medicamento de Pfizer.



Programa de asistencia al paciente de Pfizer (Pfizer Patient Assistance Program, PAP)*

Se proporcionan medicamentos gratuitos de Pfizer a los pacientes elegibles a través de Pfizer Patient Assistance Foundation.

Cómo comenzar con Pfizer Oncology Together™

Lea estos consejos útiles para completar el formulario de inscripción de Pfizer Oncology Together™.

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.

CONSEJOS PARA PACIENTES

ANTES DE ENVIARLO, ASEGÚRESE DE COMPLETAR LOS PASOS REQUERIDOS:

- Para servicios de apoyo para el reembolso, complete la **sección 1** y la **sección 2**.
- Lea, firme y feche la **sección 5** y la **sección 9**.
- Para el PAP: Además, complete la **sección 3**, y firme y feche la **sección 4** y la **sección 8**. (Una Sección 3 incompleta requerirá la presentación de documentación de ingresos).



¿Ha completado los pasos obligatorios anteriores?

CONSEJOS PARA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

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

- ➊ Vaya a pfizeroncologytogether-portal.com
 - ➋ Envíe una receta médica por correo electrónico a:
Sonexus Health Pharmacy Services,
2730 S Edmonds Lane, Suite 300, Lewisville, TX 75067
 - ➌ Envíe por fax o correo postal un formulario de inscripción en papel.
- ASEGÚRESE DE COMPLETAR LOS PASOS REQUERIDOS:**
- Complete las **páginas 6 y 7**.
 - Lea, firme y feche las **secciones 10, 13, y 16**.



¿Ha completado los pasos obligatorios anteriores?

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

Para reunir los requisitos para recibir medicamentos gratuitos*, el paciente debe cumplir con los siguientes criterios:

- Tener una receta válida para un medicamento de Pfizer disponible a través del PAP.
- Tener un diagnóstico aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para el (los) medicamento(s) solicitado(s) confirmados por el HCP que firma y fecha la sección 12 de este formulario (si corresponde).
- Tener un ingreso familiar anual igual o inferior al 300 % del nivel federal de pobreza.
- Residir en los EE. UU. o, en su caso, en un territorio de los EE. UU.
- Recibir tratamiento de un proveedor de atención médica autorizado en los EE. UU. o, en su caso, en un territorio de los EE. UU.
- Cumplir uno de los siguientes criterios:
 - No tener cobertura de seguro.
 - Tener un seguro del gobierno, comprender los requisitos de copago como resultado de la realización de una investigación de beneficio y no poder pagar el copago requerido por la compañía de seguro.
 - La compañía de seguro del gobierno le denegó la cobertura para el medicamento de Pfizer (después de haber apelado al menos una vez, sin éxito, a su compañía de seguro).

NOTA IMPORTANTE: 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.

*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.

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 usamos 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.

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).

¿TIENE PREGUNTAS? Llame al 1-877-744-5675, de lunes a viernes,
de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del este
Para el copago, visite pfizercopay.com.

☐ Apoyo para el reembolso☐ Programa de asistencia al paciente (PAP)*

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™.

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 nacer): ☐ Hombre ☐ Mujer Estatura* _____ Peso* _____

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

Teléfono principal* _____ ☐ R ☐ M ☐ T Mejor horario para comunicarse: ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche

Método de comunicación preferido _____ Correo electrónico del paciente _____ 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 11, los cuatro campos siguientes son obligatorios y pueden ser completados por usted/el paciente, el proveedor de atención médica, o ambos.

Copago que requiere la compañía de seguro (después de la autorización previa, si se requiere)* _____

Máximo de bolsillo (out-of-pocket, OOP) del seguro* _____

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

Tipo de seguro (marque todas las opciones que correspondan)*: ☐ Comercial ☐ Medicare Parte A/B solamente ☐ Medicaid
☐ Beneficios de Asuntos de los Veteranos (AV)
☐ 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 médico secundario*
Nombre del asegurado*		
Nombre del seguro*		
Teléfono del seguro*		
N.º de identificación de la póliza*		
N.º de grupo*		

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)—requerido 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 médica, prima del seguro, y cualquier factura médica prevista solo para el solicitante).

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

Para obtener detalles sobre cómo recopilamos y usamos 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.

PARA PACIENTES

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

Al firmar y fechar a continuación, yo, el solicitante nombrado anteriormente, comprendo que estoy proporcionando "instrucciones escritas" a Pfizer Inc. bajo la Ley de Información Justa de Créditos, y 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 

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 paciente⁵:

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

5 CONSENTIMIENTO PARA RECOPIRAR Y USAR 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 los pacientes elegibles a través del Programa de acceso para el paciente (el "programa") de Pfizer Dermatology. 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 usados. 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 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 8:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del este, de lunes a viernes.

Comprendo 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 

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 paciente⁵:

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

6 CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO

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 pfizeroncologytogether.com/care-champion-text-terms y la política de privacidad de Pfizer en pfizer.com/privacy. Envíe un mensaje de texto con la palabra STOP si desea cancelar los mensajes de texto.

*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.

⁵NO se requiere si lo firma el paciente.

⁵Se 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.

Para obtener detalles sobre cómo recopilamos y usamos 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.

PARA PACIENTES

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 ("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 

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.

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"), 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 ayudarme a acceder a un medicamento de Pfizer, que pueden incluir lo siguiente:
 Proporcionar investigaciones/verificación de beneficios y apoyo para obtener reembolsos, incluido lo siguiente:
 - Brindarme asistencia en la identificación de los requisitos de autorización previa de mi compañía de seguro.
 - Brindarme asistencia en la identificación de los requisitos de mi compañía de seguro para apelar una reclamación denegada.

- 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 8:00 A. M. a 8:00 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 

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 paciente⁵:

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

⁵NO se requiere si lo firma el paciente.

⁵Se requiere si lo firma el representante del paciente.

Para obtener detalles sobre cómo recopilamos y usamos 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.

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 postal 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 Part D, Pfizer notificará al Plan Medicare Part 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 medicamento 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)

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

12 AUTORIZACIÓN PREVIA Y COSTOS REQUERIDOS POR LA COMPAÑÍA DE SEGURO (*OBLIGATORIO)

¿Requiere el plan de seguro una autorización previa?*: ☐ Sí ☐ No Número de autorización previa* _____ Fechas de autorización previa* _____

Los costos del producto se obtuvieron de su compañía de seguro y mi paciente ha certificado que no puede pagar esto*: ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es afirmativa y no ha sido proporcionada por el paciente en la sección 2, los cuatro campos a continuación son requeridos y pueden ser completados por el proveedor de atención médica, el paciente o ambos.

Copago que requiere la compañía de seguro (después de la autorización previa, si se requiere)* _____ Máximo de bolsillo (OOP) (si corresponde)* _____

Cantidad alcanzada para el máximo de OOP* _____ Fecha en que se obtuvo la información de la compañía de seguro* _____

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 plan de seguro 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 usamos 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 julio
Página 6 de 7

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 postal 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™.

14 INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA (*OBLIGATORIO)

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

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

16 INFORMACIÓN CLÍNICA (*OBLIGATORIO)

Diagnóstico* _____ ICD-10* _____ Estadío _____ Fecha de inicio del tratamiento (mm/dd/aaaa) _____
¿Qué línea de terapia es TIVDAK? _____
¿Experimentó el paciente progresión de la enfermedad durante o después de la quimioterapia? ☐ Sí ☐ No
Dosis para TIVDAK por administración _____ Frecuencia de tratamiento con TIVDAK: ☐ Una vez cada 3 semanas ☐ Otra: _____
¿Está recibiendo el paciente algo en relación con la medicación previa y la atención oftalmológica requerida?
☐ Gotas oftálmicas con corticosteroides tópicos ☐ Gotas oftálmicas vasoconstrictoras tópicas ☐ Compresas frías ☐ Gotas oftálmicas lubricantes tópicas
Alergias farmacológicas*: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, 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.