

Envíe por FAX los formularios completados al 1-877-736-6506

Envíe por CORREO a Pfizer Oncology Together, 2730 S Edmonds Lane, Suite 300, Lewisville, TX 75067

¿TIENE PREGUNTAS? Llame al 1-877-744-5675, de lunes a viernes, de 8 A. M. a 8 P. M., hora del Este



¿BUSCA ASISTENCIA PARA COPAGOS PARA MEDICAMENTOS INYECTABLES? Visite pfizercopay.com.
¿BUSCA ASISTENCIA PARA COPAGOS PARA MEDICAMENTOS ORALES? Visite pfizeroncologytogether.com.

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

MEDICAMENTOS INYECTABLES

Apoyo para reembolsos o copago

ELREXFIO™ (elranatamab-bcmm)
Navegador de acceso para el paciente: los navegadores de acceso para el paciente trabajan de manera personalizada con los pacientes y su equipo de atención para proporcionar apoyo y acceso a los reembolsos, así como para coordinar la logística del tratamiento. Consulte la **sección 5** para obtener información sobre cómo suscribirse.

Investigación de beneficios: cuando un problema de cobertura del pagador requiere SOLO investigación

BESPONSA® (inotuzumab ozogamicina)
 MYLOTARG™ (gemtuzumab ozogamicina)

Para obtener asistencia con el copago para los siguientes medicamentos, visite pfizercopay.com

NIVESTYM® (filgrastim-aafi)
NYVEPRIA™ (pegfilgrastim-apgf)
RUXIENCE® (rituximab-pvvr)
TRAZIMERA® (trastuzumab-qyyp)
ZIRABEV® (bevacizumab-bvzr)

MEDICAMENTOS ORALES

Para obtener una farmacia especializada dentro de la red (si se desconoce) Cuando un problema de cobertura del pagador requiere SOLO investigación

BOSULIF® (bosutinib)*
 BRAFTOVI® (encorafenib)*
 DAURISMO™ (sodio de glasdegib)
 IBRANCE® (palbociclib)*

INLYTA® (axitinib)*
 LORBRENA® (lorlatinib)*
 MEKTOVI® (binimetinib)*
 TALZENNA® (talazoparib)*

TUKYSA® (tucatinib)*
 VIZIMPRO® (dacomitinib)*
 XALKORI® (crizotinib)*

* Para obtener asistencia con el copago, visite pfizeroncologytogether.com.

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 proveedor de atención médica* _____ Apellido del proveedor de atención médica* _____ Teléfono de contacto del proveedor de atención médica* _____

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE (*OBLIGATORIO)

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

2 INFORMACIÓN DEL SEGURO

Tipo de seguro (marque todas las opciones que correspondan)*: Comercial Medicare Parte D Medicare Advantage Medicare Parte A/B solamente Medicaid
 Beneficios de Asuntos de los Veteranos (Veterans Affairs, 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 BIN* | | | |
| N.º DE PCN* | | | |

† Si selecciona "Ninguno", los pacientes pueden completar el Formulario de inscripción del Programa de asistencia al paciente de Pfizer. 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 PACIENTES

3 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 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 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 de la salud, y datos relacionados de otro modo con su afección médica, diagnóstico 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 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 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 paciente[§]:

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

4 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. Comprendo 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.

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

Puede inscribirse para recibir apoyo personalizado de un director de reembolsos de campo de Pfizer o un navegador de acceso para el paciente (solo para pacientes a quienes se les administra ELREXFIO) (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 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.

[†] 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 a continuación puede firmar en su nombre.

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

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

PARA PACIENTES

6

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

Autorizo (es decir, permito) el uso 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 (Health Insurance Portability and Accountability Act, 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 de la salud que se me ha prestado, o con el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención de la salud 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.

- Personas o clase de personas 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 de la salud y realizan pruebas médicas.
- Personas o clase de personas autorizadas para recibir información médica protegida:** Pfizer Inc. ("Pfizer"), Pfizer Oncology Together (el "programa") y otros proveedores de servicios autorizados de Pfizer.
- Descripción de la información médica protegida que puede usarse 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 de la salud, y datos relacionados de otro modo con mi afección médica, diagnóstico y/o tratamiento.
- Propósitos del uso 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 utilizar mi información médica para fines de control de calidad, y para evaluar y mejorar sus operaciones y servicios.
- 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.
 - 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.
 - 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.
 - 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.
 - 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 a 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 a continuación puede firmar en su nombre.

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

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

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre* _____ Inicial segundo nombre _____ Apellido* _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)* _____

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™.

7 INFORMACIÓN DE LA RECETA MÉDICA (*OBLIGATORIO)

ICD-10 del diagnóstico primario* _____ ICD-10 del diagnóstico secundario _____

MEDICAMENTOS INYECTABLES

| | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> BESPONSA (inotuzumab ozogamicina), vial de dosis única | <input type="checkbox"/> 0.9 mg | |
| <input type="checkbox"/> ELREXFIO (elranatamab-bcmm) vial de dosis única (40 mg/ml)* | <input type="checkbox"/> 44 mg/1.1 ml | <input type="checkbox"/> 76 mg/1.9 ml |
| <input type="checkbox"/> MYLOTARG (gemtuzumab ozogamicina), vial de dosis única | <input type="checkbox"/> 4.5 mg | |
| <input type="checkbox"/> NIVESTYM (filgrastim-aafi), vial de dosis única | <input type="checkbox"/> 300 mcg/ml | <input type="checkbox"/> 480 mcg/1.6 ml |
| <input type="checkbox"/> NIVESTYM (filgrastim-aafi), jeringa precargada | <input type="checkbox"/> 300 mcg/ml | <input type="checkbox"/> 480 mcg/0.8 ml |
| <input type="checkbox"/> NYVEPRIA (pegfilgrastim-apgf), jeringa precargada | <input type="checkbox"/> 6 mg/0.6 ml | |
| <input type="checkbox"/> RUXIENCE (rituximab-pvvr), vial de dosis única | <input type="checkbox"/> 100 mg/10 ml | <input type="checkbox"/> 500 mg/50 ml |
| <input type="checkbox"/> TRAZIMERA (trastuzumab-qyyp), vial de dosis múltiples | <input type="checkbox"/> 150 mg/vial | <input type="checkbox"/> 420 mg/vial |
| <input type="checkbox"/> ZIRABEV (bevacizumab-bvzr), vial de dosis única | <input type="checkbox"/> 100 mg/4 ml | <input type="checkbox"/> 400 mg/16 ml |

* Los profesionales de atención médica, el centro de atención o la farmacia especializada deben estar certificados en la estrategia de evaluación y mitigación de riesgos (Risk Evaluation and Mitigation Strategy, REMS) antes de solicitar o dispensar medicamentos.

Indicaciones/Instrucciones de dosificación*

Solo para RUXIENCE. La información de prescripción de RUXIENCE (rituximab-pvvr) no incluye pénfigo vulgar. No hay apoyo disponible para pacientes a los que se les receta RUXIENCE para tratar esta afección.

*Marque y firme aquí para confirmar que el paciente no presenta esta afección.

FIRMAR X

Solo para ZIRABEV. La información de prescripción de ZIRABEV (bevacizumab-bvzr) no incluye carcinoma hepatocelular. No hay apoyo disponible para pacientes a los que se les receta ZIRABEV para tratar esta afección.

*Marque y firme aquí para confirmar que el paciente no presenta esta afección.

FIRMAR X

MEDICAMENTOS ORALES

Marque el medicamento recetado e indique la concentración y la cantidad.* A continuación, proporcione las indicaciones completas y la información de dosificación.

| | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> BOSULIF (bosutinib) | _____ mg, suministro de 30 días | <input type="checkbox"/> Comprimidos | <input type="checkbox"/> Cápsulas |
| <input type="checkbox"/> BRAFTOVI (encorafenib) | <input type="checkbox"/> 300 mg <input type="checkbox"/> 450 mg <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Suministro de 30 días | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> DAURISMO (sodio de glasdegib) | _____ mg, suministro de 30 días | | |
| <input type="checkbox"/> IBRANCE (palbociclib) | _____ mg, suministro de 28 días | | |
| <input type="checkbox"/> INLYTA (axitinib) | _____ mg, suministro de 30 días | | |
| <input type="checkbox"/> LORBRENA (lorlatinib) | _____ mg, suministro de 30 días | | |
| <input type="checkbox"/> MEKTOVI (binimetinib) | <input type="checkbox"/> 45 mg <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Suministro de 30 días | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> TALZENNA (talazoparib) | _____ mg, suministro de 30 días, cápsulas de gelatina blanda | HRR+ masculina: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> TUKYSA (tucatinib) | <input type="checkbox"/> 300 mg <input type="checkbox"/> Otra dosis/suministro: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> VIZIMPRO (dacomitinib) | _____ mg, suministro de 30 días | | |
| <input type="checkbox"/> XALKORI (crizotinib) | _____ mg, suministro de 30 días | | |

Instrucciones de dosificación* _____

8 CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA para los medicamentos recetados en la sección 7

Al presentar este formulario, 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.

Envíe por FAX los formularios completados al 1-877-736-6506



Envíe por CORREO 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)* _____

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™.

9 INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA/LUGAR DE ATENCIÓN (*OBLIGATORIO)

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 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

10 INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE ADMINISTRA EL MEDICAMENTO (administración/supervisión de la infusión del medicamento)

Marcar si es la misma que la de la sección 9 (*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 de contacto del consultorio* _____ Ext. _____

Fax del consultorio* _____ Correo electrónico _____