

Formulario de inscripción para apoyo al paciente para tratamientos orales

- Verificación de beneficios:** determinaremos la cobertura del seguro médico del paciente y los gastos de bolsillo, y enviaremos por fax un resumen de los beneficios al consultorio del proveedor de atención médica (healthcare professional, HCP).
- Paciente sin seguro o con seguro del gobierno insuficiente: Programa de asistencia al paciente de Pfizer (Pfizer Patient Assistance Program, PAP)*:** está destinado a los pacientes sin seguro o con seguro del gobierno insuficiente y comprenden el requisito de copago, pero no pueden pagarlo.
- Programa Care Champion:** nuestros responsables de la atención, Care Champions, que tienen experiencia en el trabajo social, pueden ofrecer recursos al paciente que pueden ayudarlo con algunos de sus retos cotidianos.

Medicamentos orales

- BOSULIF® (bosutinib)
- BRAFTOVI® (encorafenib)
- DAURISMO™ (glasdegib, sodio)
- IBRANCE® (palbociclib)
- INLYTA® (axitinib)
- LORBRENA® (lorlatinib)
- MEKTOVI® (binimetinib)
- TALZENNA® (talazoparib)
- VIZIMPRO® (dacomitinib)
- XALKORI® (crizotinib)

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

Para reunir los requisitos para recibir medicamentos gratuitos¹, el paciente debe cumplir con los siguientes criterios:

- Tener una receta válida para el medicamento de Pfizer para una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y que el médico haya dado fe de ello en el formulario de inscripción.
- Tener un ingreso familiar anual igual o inferior al 500 % del nivel federal de pobreza.
- Tener 18 años de edad o más.
- Residir en los EE. UU. o en un territorio de los EE. UU.
- Recibir tratamiento de un proveedor de atención médica autorizado en los EE. UU. o 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/reclamación de farmacia 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 mencionado anteriormente (después de haber apelado al menos una vez, sin éxito, a su compañía de seguro).

¹Los requisitos de elegibilidad pueden cambiar en cualquier momento.

Los pacientes con seguro comercial no son elegibles para inscribirse en el Programa de asistencia al paciente de Pfizer.

Lista de verificación de inscripción para pacientes

El paciente o su cuidador deben completar las páginas 2 a 5. Cuando complete estas páginas, tenga en cuenta los siguientes puntos:

- ✓ **Para solicitar el PAP:** revise la información anterior. Luego, complete la **Sección 5**. (También deberá completar la **Sección 3** y adjuntar una prueba de ingresos o completar la **Sección 4** para dar su consentimiento para la verificación de ingresos electrónicos).
 - Para recibir recordatorios de resurtidos, inscribese para recibir alertas de mensajes de texto del PAP.
- ✓ Suscríbese en el programa Care Champion e inscribese para recibir alertas de mensajes de texto en la **Sección 7**.
- ✓ Incluya copias del frente y el dorso de sus tarjetas de seguro médico y de farmacia.
- ✓ Revise y proporcione firmas en las páginas 3, 4 y 5.

Lista de verificación de inscripción para el HCP

El proveedor de atención médica debe completar las páginas 6 y 7. Complete cada sección para todas las solicitudes de inscripción de pacientes y haga lo siguiente:

- ✓ Revise la elegibilidad del paciente para aplicar al Programa de asistencia al paciente de Pfizer mencionado anteriormente y complete las **Secciones 8, 9, 10 y 16** requeridas.
- ✓ Lea el documento y firme la declaración de consentimiento en la **Sección 11**.
- ✓ Especifique el diagnóstico en la **Sección 13** y complete la **Sección 14**.
- ✓ Firme la receta de la **Sección 17**.

*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 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 LOS FORMULARIOS Y LOS DOCUMENTOS A TRAVÉS DE
PfizerOncologyPortal.com. Introduzca el código: 8777366506



ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO
POR FAX AL 1-877-736-6506.



ENVÍE POR CORREO A Pfizer Oncology Together,
PO Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366.

¿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 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.

Información del HCP

*Campos obligatorios

Nombre del HCP (nombre/inicial del 2.º nombre/apellido)*

Teléfono de contacto*

1 Información del paciente

Nombre del paciente (nombre/inicial del 2.º nombre/apellido)*

Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)*

Sexo* Hombre Mujer Otro

Dirección*

Ciudad*

Estado*

Código postal*

Teléfono*

 Particular Móvil Trabajo

Dirección de correo electrónico

Mejor horario para comunicarse

 Mañana Tarde Noche

Idioma de preferencia (si no es inglés)

Nombre del cuidador

Relación con el cuidador

Teléfono del cuidador

 Particular Móvil Trabajo

2 Información del seguro del paciente

NOTA IMPORTANTE: Los pacientes con seguro comercial no son elegibles para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer.†

¿El medicamento de Pfizer está cubierto por un seguro médico o de medicamentos recetados?

 Sí No No sé

Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es el monto del copago? \$

 No sé

Seguro principal

Seguro secundario

Seguro de medicamentos recetados

Marque el tipo de seguro*:

 Ninguno (pase a la Sección 3) Comercial Medicare
 Medicaid Otro Comercial Medicare
 Medicaid Otro Comercial Medicare
 Medicaid Otro

Nombre del seguro*

N.º de teléfono de la compañía de seguro*

N.º de Id. del beneficiario de la póliza/Medicare*

N.º de grupo*

Nombre del asegurado*

Relación con el paciente

Fecha de nacimiento del asegurado

N.º de BIN*

N.º de PCN*

Nombre del plan de la Parte D de Medicare (si corresponde)

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Nota: Incluya copias del frente y el dorso de sus tarjetas de seguro médico y de farmacia con su formulario de inscripción.

†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.



ENVÍE LOS FORMULARIOS Y LOS DOCUMENTOS A TRAVÉS DE
PfizerOncologyPortal.com. Introduzca el código: 8777366506



ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO
POR FAX AL 1-877-736-6506.



ENVÍE POR CORREO A Pfizer Oncology Together,
PO Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366.

¿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 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.

3 Información financiera del paciente Es obligatorio si se solicita asistencia a través del Programa de asistencia al paciente de Pfizer.† *Campos obligatorios

Mi proveedor o farmacia ha revisado conmigo el copago requerido por mi compañía de seguro y certifico que no puedo pagarlo. Sí No

Cantidad de personas dentro del grupo familiar (incluido el solicitante)

Total de ingresos anuales del grupo familiar \$

Si decide no suscribirse a la verificación de ingresos electrónicos de la Sección 4, debe enviar la documentación del hogar para respaldar la información financiera que ha mencionado. Se adjunta: Declaración federal de impuestos más reciente (página 1 del Formulario 1040 del IRS) Formulario W-2 Otro

4 Autorización del paciente para la verificación electrónica de ingresos (opcional: solo si solicita el Programa de asistencia al paciente de Pfizer.†)

Yo, el solicitante cuyo nombre aparece a continuación, entiendo que estoy proporcionando "instrucciones escritas" a Pfizer, Pfizer Oncology Together, Pfizer Patient Assistance Foundation™ y las partes que actúan en su nombre bajo la Ley de Informe Justo de Crédito (Fair Credit Reporting Act) que autoriza a Pfizer Oncology Together a obtener información de mi perfil crediticio 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 una carta para solicitar dicha cancelación a Pfizer Oncology Together, PO Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366, 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* (paciente o representante legal del paciente)

Nombre del representante legal del paciente (en letra de imprenta)

Fecha*

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

Designado por el tribunal Tutor Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención de la salud

Otra _____

Si prefiere firmar electrónicamente, introduzca aquí su dirección de correo electrónico y le enviaremos un correo electrónico con el enlace para completar lo siguiente:

5 Certificación, declaración y divulgación de privacidad del Programa de asistencia al paciente de Pfizer†

Al firmar el formulario, certifico que se me ha recetado el medicamento solicitado para un diagnóstico aprobado por la FDA y que no puedo pagar el medicamento. Afirmando que mis respuestas y mis comprobantes de ingresos están completos y son verdaderos y precisos, a mi leal saber y entender. 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 de la Parte D de Medicare para medicamentos recetados. No solicitaré 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. He firmado una copia actual y completa de la autorización del paciente para compartir información médica en los registros con mi HCP a fin de que este pueda compartir mi información médica con los programas de asistencia de Pfizer, Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc. La información que usted proporcione será utilizada por Pfizer, Pfizer Oncology Together, Pfizer Patient Assistance Foundation™ y terceros que actúen en su nombre para determinar la elegibilidad, administrar y mejorar los programas de asistencia de Pfizer, comunicarse con usted para consultarle sobre su experiencia con los programas de asistencia de Pfizer, ayudarlo a comprender su cobertura de seguro y ayudarlo a acceder a ciertos medicamentos de Pfizer a través de su seguro, y/o para enviarle materiales, otra información útil y actualizaciones relacionadas con los programas de Pfizer.

Comprendo que: completar este formulario de inscripción no garantiza que reúna los requisitos para los programas de asistencia de Pfizer. Pfizer puede comunicarse con mi compañía de seguro para ayudarme a comprender mi cobertura de seguro para ciertos productos y puede brindarme apoyo para obtener cobertura a través de mi compañía de seguro, lo que incluye apoyo para obtener autorizaciones previas y presentar apelaciones (si fueran necesarias y estuvieran disponibles). 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 de Pfizer. Pfizer se reserva el derecho de modificar o cancelar los programas de asistencia 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 nuevo paciente con seguro comercial que se presenta después del 1 de enero de 2023, no puedo recibir asistencia a través del Programa de asistencia al paciente de Pfizer.

Permiso para recibir comunicaciones por mensajes de texto sobre recordatorio de resurtidos:

Envíeme mensajes de texto para recordarme resurtir mis recetas. Al seleccionar esta casilla, otorgo mi consentimiento para recibir mensajes de texto sobre recordatorios para resurtir recetas y sobre envíos si me aceptan en el Programa de asistencia al paciente de Pfizer. Recibiré un mensaje de texto de bienvenida en el cual se me solicitará que responda CONFIRM para suscribirme voluntariamente. Pueden aplicarse cargos por mensajes y uso de datos. La cantidad de mensajes varía según el uso del programa, pero es de hasta 5 mensajes por mes. Responda STOP para cancelar el servicio. La política de privacidad y los términos completos se encuentran disponibles aquí: www.pfizer.com/privacy. Introduzca el número que desea inscribir para el envío de mensajes de texto _____.

FIRMAR

Firma del paciente* (paciente o representante legal del paciente)

Nombre del representante legal del paciente (en letra de imprenta)

Fecha*

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

Designado por el tribunal Tutor Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención de la salud

Otra _____

Si prefiere firmar electrónicamente, introduzca aquí su dirección de correo electrónico y le enviaremos un correo electrónico con el enlace para completar lo siguiente:

†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.

¿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 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.

6 Consentimiento del paciente para recibir comunicaciones Es obligatorio para todos los servicios.

*Campos obligatorios

Al firmar este formulario, acepto recibir comunicaciones de Pfizer, Pfizer Oncology Together y/o de terceros que actúen en su nombre para determinar mi elegibilidad y proporcionar verificación de beneficios, asistencia para autorizaciones previas/apelaciones, y recursos e información de asistencia financiera, como programas de apoyo para el copago o de medicamentos gratuitos, y para otros fines no comerciales. Acepto que Pfizer, Pfizer Oncology Together o terceros que actúen en su nombre se comuniquen conmigo para estos fines al (a los) número(s) de teléfono proporcionado(s), utilizando un marcador automático o una voz pregrabada. Si tengo un cuidador, este también ha aceptado recibir dichas comunicaciones de Pfizer, Pfizer Oncology Together y/o de terceros que actúen en su nombre para los fines descritos anteriormente; y, por el presente, otorgo mi permiso para que Pfizer, Pfizer Oncology Together y/o terceros que actúen en su nombre se comuniquen con mi cuidador para dichos fines. Comprendo que yo (y, si corresponde, mi cuidador también) puedo optar por dejar de recibir estas comunicaciones en cualquier momento comunicándome con Pfizer Oncology, al 1-877-744-5675, de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del este.

FIRMAR

Firma del paciente* (paciente o representante legal del paciente)

Nombre del representante legal del paciente (en letra de imprenta)

Fecha*

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

Designado por el tribunal Tutor Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención de la salud

Otra _____

Si prefiere firmar electrónicamente, introduzca aquí su dirección de correo electrónico y le enviaremos un correo electrónico con el enlace para completar lo siguiente:

7 Suscripción al Programa personalizado de apoyo al paciente (opcional)

Care Champions

Se ofrece apoyo personalizado al paciente a través de Pfizer Oncology Together por medio de Care Champions. Puede hablar con un responsable de la atención, Care Champion, para obtener recursos que puedan ayudarle con su vida diaria. Care Champion puede proporcionar información sobre su afección, los medicamentos de Pfizer Oncology o temas como nutrición, además de una oferta de tarjetas de copago para pacientes elegibles. Care Champion también puede conectarlo con organizaciones independientes que brindan servicios como transporte y alojamiento para sus citas relacionadas con el tratamiento. Estas ofertas pueden variar en función de su medicamento recetado. Para suscribirse voluntariamente en este programa, marque la siguiente casilla.

Al marcar esta casilla, solicito el apoyo de Care Champion y acepto recibir comunicaciones de Pfizer Oncology Together, Pfizer y/o terceros que actúen en su nombre. Entre estas comunicaciones, se pueden incluir llamadas a mi número de teléfono realizadas con un marcador automático o un mensaje de voz pregrabado para informar sobre recursos y otros tipos de apoyo, como los descritos anteriormente. 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 estas comunicaciones en cualquier momento contactando a Pfizer Oncology Together, al 1-877-744-5675.

Permiso para comunicaciones por mensaje de texto:

Puede recibir comunicaciones del programa Care Champion por mensaje de texto.

Al marcar esta casilla, otorgo mi consentimiento para recibir mensajes de marcado automático de comercialización y otros mensajes de Pfizer y sus proveedores de servicios relacionados con el programa Care Champion de Pfizer Oncology Together a mi número de teléfono móvil, _____. Comprendo que otorgar mi consentimiento no es obligatorio ni una condición para adquirir productos o servicios. Pueden aplicarse cargos por mensajes y uso de datos. Aproximadamente 8 mensajes por mes. Puede encontrar los términos completos en <http://3csms.mobi/pfizer2/> y la política de privacidad de Pfizer en Pfizer.com/privacy. Responda STOP para dejar de recibir mensajes.

FIRMAR

Firma del paciente* (paciente o representante legal del paciente)

Nombre del representante legal del paciente (en letra de imprenta)

Fecha*

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

Designado por el tribunal Tutor Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención de la salud

Otra _____

Si prefiere firmar electrónicamente, introduzca aquí su dirección de correo electrónico y le enviaremos un correo electrónico con el enlace para completar lo siguiente:



ENVÍE LOS FORMULARIOS Y LOS DOCUMENTOS A TRAVÉS DE
PfizerOncologyPortal.com. Introduzca el código: 8777366506



ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO
POR FAX AL 1-877-736-6506.



ENVÍE POR CORREO A Pfizer Oncology Together,
PO Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366.

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.

- Para el paciente:** lea, firme y feche el formulario de autorización del paciente. Se requiere para solicitar asistencia.
- Para el HCP:** envíe a Pfizer Oncology Together por fax, al 1-877-736-6506, o por correo postal a: Pfizer Oncology Together, PO Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366.

Al firmar este formulario, otorgo mi permiso para que mis médicos, farmacias, laboratorios y otros proveedores de atención médica (“proveedores de atención médica”) y mis compañías de seguro médico compartan mi información médica con Pfizer Inc., Pfizer Patient Assistance Foundation, las filiales de Pfizer y sus proveedores (en conjunto, “Pfizer”). Comprendo que mi información médica incluye información relacionada con mi afección médica, tratamiento y cobertura de seguro, así como información identificatoria sobre mí (incluido mi nombre, dirección y fecha de nacimiento). Mi información médica se compartirá con Pfizer para que Pfizer pueda proporcionarme diversos tipos de apoyo e información para poder acceder a un medicamento de Pfizer, que puede incluir lo siguiente, dependiendo del programa (en conjunto, “actividades de apoyo al paciente”):

- Proporcionar investigaciones/verificación de beneficios y apoyo para obtener reembolsos, incluido lo siguiente:
 - Asistir en la identificación de los requisitos de autorización previa
 - Asistir 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
- Enviarme un dispositivo y un kit de inicio (cuando corresponda)
- 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
- Proveerme materiales sobre manejo de enfermedades y otros materiales educativos, así como información sobre los productos, servicios y programas de Pfizer, y puede incluir enviarme encuestas sobre mi experiencia con los productos, servicios y programas de Pfizer

Pfizer también puede utilizar mi información médica para fines de control de calidad, y para evaluar y mejorar sus operaciones y servicios.

Comprendo que no tengo obligación de firmar este formulario, y mi decisión de no firmar no afectará mi capacidad para recibir tratamiento de mis proveedores de atención médica o el pago

de mi compañía de seguro médico. Sin embargo, si no firmo este formulario, es posible que Pfizer Oncology Together no pueda proporcionarme asistencia.

Comprendo que una vez que se comparta mi información médica, puede dejar de estar protegida por la ley federal de privacidad. Sin embargo, Pfizer se compromete a proteger mi información médica y utilizarla para los fines descritos en este formulario, o según lo exija o lo permita la ley. Las farmacias seleccionadas pueden recibir una remuneración por parte de Pfizer a cambio de mi información médica y/o de cualquier actividad de apoyo al paciente que se me proporcione.

Comprendo que este formulario permanecerá vigente durante 4 años a partir de la fecha de mi firma, a menos que notifique por escrito que me gustaría retirar mi aprobación para compartir mi información médica antes. Si quisiera retirar mi aprobación, puedo comunicarme con mi médico o puedo comunicarme con Pfizer Oncology Together en P.O. Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366 y llamar al 1-877-744-5675, de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del este. Este retiro no afectará el uso o la divulgación de mi información médica que haya tenido lugar antes de que yo retirara mi aprobación. Comprendo que podré recibir una copia de este formulario.

También otorgo mi permiso para recibir comunicaciones de Pfizer, Pfizer Oncology Together y/o terceros que actúen en su nombre, incluidas llamadas mediante un marcador automático o una voz pregrabada, al (a los) número(s) de teléfono proporcionado(s) para determinar mi elegibilidad y proporcionar verificación de beneficios, asistencia para autorizaciones previas/apelaciones, y recursos e información de asistencia financiera, como los programas de apoyo para el copago o de medicamentos gratuitos, y para otros fines no comerciales. Si tengo un cuidador, este también ha aceptado recibir dichas comunicaciones de Pfizer, Pfizer Oncology Together y/o de terceros que actúen en su nombre para los fines descritos anteriormente; y, por el presente, otorgo mi permiso para que Pfizer, Pfizer Oncology Together y/o terceros que actúen en su nombre se comuniquen con mi cuidador para dichos fines. Comprendo que yo (y, si corresponde, mi cuidador también) puedo optar por dejar de recibir estas comunicaciones en cualquier momento, comunicándome con Pfizer Oncology Together, al 1-877-744-5675, de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del este.

FIRMAR

Firma del paciente (paciente o representante legal del paciente)

Nombre del representante legal del paciente (en letra de imprenta)

Fecha

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

 Designado por el tribunal
 Tutor
 Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención de la salud

 Otra _____

Si prefiere firmar electrónicamente, introduzca aquí su dirección de correo electrónico y le enviaremos un correo electrónico con el enlace para completar lo siguiente:

¿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 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.

8 Información del paciente

*Campos obligatorios

Nombre del paciente (nombre/inicial del 2.º nombre/apellido)*		Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)*	
¿El medicamento de Pfizer de su paciente está cubierto por un seguro médico o de medicamentos recetados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé		Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es su monto del copago?	
NOTA IMPORTANTE: Si el paciente tiene seguro comercial, no es elegible para recibir asistencia a través del Programa de asistencia al paciente de Pfizer.		\$ <input type="checkbox"/> No sé	
¿Su consultorio o una farmacia ha realizado una investigación de beneficio/reclamación de farmacia para el medicamento solicitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Su paciente entiende el copago que requiere el seguro y le ha comunicado directamente que no puede pagarlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

9 Información del HCP/centro de atención

Nombre del HCP (nombre/inicial del 2.º nombre/apellido)*			Designación profesional	
Nombre del consultorio/de la institución*		Dirección*		
Ciudad*		Estado*		Código postal*
NPI*	Id. impositiva del grupo*	Licencia estatal*		DEA
Fax*	Correo electrónico			
Ubicación del centro de atención*: <input type="checkbox"/> Consultorio del proveedor <input type="checkbox"/> Hospital, como paciente ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospital, como paciente internado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N/C				
Nombre de contacto*			Teléfono de contacto*	

10 Información de envío para pacientes del Programa de asistencia al paciente de Pfizer† Es obligatorio si se solicita asistencia a través del Programa de asistencia al paciente de Pfizer.†

Nombre del paciente*				
Enviar a*: <input type="checkbox"/> Dirección del paciente (Sección 1) <input type="checkbox"/> Dirección del HCP/centro de atención (Sección 9) <input type="checkbox"/> Otra dirección (complete la información requerida a continuación).				
Dirección*				
Ciudad*			Estado*	
Código postal*				
Nombre del consultorio*			Teléfono de contacto*	

11 Consentimiento del proveedor de atención médica y declaración en virtud de la HIPAA y la Ley de Protección del Consumidor por Teléfono (TCPA)

 Es obligatorio para todos los servicios.

Comprendo que completar este formulario de inscripción no garantiza que mi paciente reciba asistencia. Recibiré el medicamento de mi paciente y lo mantendré seguro en mi consultorio hasta que sea entregado a mi paciente, cuando corresponda. Cumpliré y acataré las leyes de mi estado para profesionales de atención médica autorizados a dispensar medicamentos, 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. El medicamento se proporcionará únicamente a este paciente elegible e inscrito sin ningún tipo de cargo. 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.

Con mi firma, certifico que he obtenido todas y cada una de las autorizaciones y consentimientos del paciente o del representante personal autorizado del paciente necesarios en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y la ley estatal para divulgar información médica protegida, incluida la información contenida en este formulario, a Pfizer y sus empleados o agentes, para fines relacionados con los programas de apoyo al paciente de Pfizer, que incluye asistencia al paciente con la verificación de beneficios, asistencia para autorizaciones previas/apelaciones, recursos e información de asistencia financiera, como los programa de apoyo para el copago o de medicamentos gratuitos, para los cuales el paciente puede ser elegible, y otro tipo de apoyo para los medicamentos de Pfizer Oncology.

Certifico que he obtenido el consentimiento del paciente o del cuidador del paciente para que Pfizer, Pfizer Oncology Together y terceros que actúen en su nombre se comuniquen, mediante un marcador automático o una voz pregrabada, al (a los) número(s) de teléfono proporcionado(s) en relación con los fines descritos anteriormente y para otros fines no comerciales. También otorgo mi permiso para recibir llamadas relacionadas con estos servicios de Pfizer, Pfizer Oncology Together y terceros que actúen en su nombre, incluidas llamadas hechas mediante un marcador automático o una voz pregrabada al (a los) número(s) de teléfono proporcionado(s).

FIRMAR

Firma del HCP*

Fecha*

Si prefiere firmar electrónicamente, introduzca aquí su dirección de correo electrónico y le enviaremos un correo electrónico con el enlace para completar lo siguiente:

†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.

¿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 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.

12 Información del paciente

*Campos obligatorios

Nombre del paciente (nombre/inicial del 2.º nombre/apellido)*

Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)*

13 Diagnóstico

ICD-10 del diagnóstico principal*

ICD-10 del diagnóstico secundario

14 Información de prescripción para tratamientos orales  Obligatorio.

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

- BOSULIF (bosutinib) _____ mg, suministro para 30 días
- BRAFTOVI (encorafenib) 300 mg, 450 mg, Otro: _____
- Suministro para 30 días, Otro: _____
- DAURISMO (glasdegib, sodio) _____ mg, suministro para 30 días
- IBRANCE (palbociclib) _____ mg, suministro para 28 días
- INLYTA (axitinib) _____ mg, suministro para 30 días

- LORBRENA (lorlatinib) _____ mg, suministro para 30 días
- MEKTOVI (binimetinib) 45 mg, Otro: _____
- Suministro para 30 días, Otro: _____
- TALZENNA (talazoparib) _____ mg, suministro para 30 días
- VIZIMPRO (dacomitinib) _____ mg, suministro para 30 días
- XALKORI (crizotinib) _____ mg, suministro para 30 días

Indicaciones/Instrucciones de dosificación*:

Indique la cantidad de resurtidos*:

Alergias farmacológicas* Sí No (si la respuesta es "Sí", detalle los medicamentos y las reacciones asociadas):

Medicamentos concomitantes*:

Otras afecciones conocidas*:

15 Farmacia especializada preferida

Nombre de la farmacia especializada preferida*

 Farmacia de autodispensación

Dirección de la farmacia especializada preferida*

El paciente identificado anteriormente prefiere la farmacia especializada indicada anteriormente. Autorizo a Pfizer y a sus filiales, agentes, representantes y proveedores de servicios a enviar por fax esta receta a la farmacia especializada designada anteriormente, siempre que esté aprobada por el plan de este paciente. Si la farmacia especializada designada no es una farmacia especializada aprobada por el plan, enviar a una farmacia especializada aprobada por el plan de este paciente. Si no se indica ninguna farmacia especializada preferida, enviar a cualquier farmacia especializada aprobada por el plan de este paciente.

16 Consentimiento del proveedor de atención médica del Programa de asistencia al paciente de Pfizer  Es obligatorio si se solicita asistencia a través del Programa de asistencia al paciente de Pfizer.†

Yo, un proveedor de atención médica, certifico que los productos que he recetado al paciente en este Formulario de inscripción según mi criterio médico independiente pertenecen a una indicación aprobada por la FDA. Comprendo que mi paciente debe tener una indicación aprobada por la FDA para ser considerado para la inscripción en el Programa de asistencia al paciente de Pfizer y, si esta certificación no está firmada y fechada, se denegará la asistencia a mi paciente.

FIRMAR

Firma del HCP*

Fecha*

17 Firma de la receta

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. Autorizo a Pfizer y a sus filiales, agentes, representantes y proveedores de servicios a actuar en mi nombre con el fin de transmitir esta receta a la farmacia adecuada.

FIRMAR

Firma del HCP* (dispensar según lo escrito)

Firma del HCP* (se permiten sustituciones)

Fecha*

Tenga en cuenta: Si desea emitir una receta electrónica y no puede localizar AmeriPharm (número de Registro Nacional del Proveedor [National Provider Identifier, NPI]: 1073692745, número del Consejo Nacional de Programas de Medicamentos Recetados [National Council for Prescription Drug Programs, NCPDP]: 4351968), busque MedVantx entre las farmacias minoristas (número de NPI: 1235371535; número de NCPDP: 4354180). La receta se enviará al mismo lugar. **Los profesionales de Nueva York que emitan recetas deben hacerlo de forma electrónica.**

†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.



ENVÍE LOS FORMULARIOS Y LOS DOCUMENTOS A TRÁVES DE PfizerOncologyPortal.com. Introduzca el código: 8777366506



ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO POR FAX AL 1-877-736-6506.



ENVÍE POR CORREO A Pfizer Oncology Together, PO Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366.