

## Formulario de inscripción para el Programa de apoyo al paciente y asistencia al paciente

**Cuando corresponda, marque la(s) casilla(s) a continuación para dirigirse a las secciones correspondientes para inscribirse en los siguientes servicios proporcionados por Pfizer Oncology Together:**

- Verificación de beneficios  Programa de ahorros en copagos para medicamentos inyectables
- Programa de asistencia al paciente de Pfizer  Programa Care Champion

### Descripción general

Pfizer Oncology Together es un programa personalizado de apoyo al paciente que ofrece recursos para pacientes que reciben medicamentos recetados de Pfizer Oncology. Proporcionamos apoyo para obtener acceso y reembolsos, así como ayuda para identificar opciones de asistencia financiera, de modo que los pacientes puedan obtener sus medicamentos recetados de Pfizer Oncology.

Pfizer se compromete a trabajar en cada nivel para hacer realidad todo el potencial de los medicamentos biosimilares en todas las comunidades a las que atendemos. Sin embargo, en los casos de RUXIENCE y ZIRABEV, la información de prescripción no incluye todas las indicaciones del producto del fabricante original. Consulte la sección 19 para confirmar y aceptar las limitaciones del programa.

**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](http://www.pfizer.com/privacy).**

### Servicios para el paciente de Pfizer Oncology Together

Al inscribirse en Pfizer Oncology Together, los pacientes recibirán diversos tipos de apoyo e información para poder acceder a los medicamentos de Pfizer, que pueden 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:
  - Asistencia en la identificación de los requisitos de autorización previa de la compañía de seguro
  - Asistencia en la identificación de los requisitos de la compañía de seguro para apelar una reclamación denegada
- Comunicación con los proveedores de atención médica (HCP) en relación con los medicamentos de Pfizer y las actividades de apoyo al paciente
- Envío de un dispositivo y un kit de inicio (cuando corresponda)
- Provisión de recursos e información de asistencia financiera, si es elegible
- Determinación de la elegibilidad y ayuda para acceder al programa de apoyo para el copago o de medicamentos gratuitos (incluido el Programa de asistencia al paciente de Pfizer\*)
- Asistencia individual para ayudar a satisfacer las necesidades diarias (se requiere la suscripción voluntaria)
- Provisión de materiales sobre manejo de enfermedades y otros materiales educativos, así como información sobre los productos, servicios y programas de Pfizer, y puede incluir el envío de encuestas sobre la experiencia del paciente con los productos, servicios y programas de Pfizer

### Pacientes elegibles para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer

A fin de reunir los requisitos para recibir los medicamentos gratuitos, el paciente debe cumplir ciertos requisitos financieros además de los siguientes criterios:

- Tener una receta válida para el medicamento de Pfizer para el que busca asistencia
- 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 una de las siguientes situaciones:
  - Que no tenga cobertura de seguro o que no tenga cobertura suficiente para pagar su medicamento de Pfizer mencionado anteriormente
  - Que la cobertura por parte de su seguro para el medicamento de Pfizer mencionado anteriormente haya sido denegada (después de haber apelado, sin éxito, a su seguro)
- Que cumpla ciertos límites de ingresos (el límite de ingresos es del 500 % del nivel federal de pobreza)

Antes de inscribirse en el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, los pacientes deben estar seguros de agotar todas las opciones de asistencia para copagos que tengan a su disposición.

### Medicamentos orales

- AROMASIN® (exemestano)
- BOSULIF® (bosutinib)
- BRAFTOVI® (encorafenib)
- DAURISMO™ (glasdegib, sodio)
- EMCYT® (fosfato sódico de estramustina)
- IBRANCE® (palbociclib)
- INLYTA® (axitinib)
- LORBRENA® (lorlatinib)
- MEKTOVI® (binimetinib)
- SUTENT® (malato de sunitinib)
- TALZENNA® (talazoparib)
- VIZIMPRO® (dacomitinib)
- XALKORI® (crizotinib)

### Medicamentos inyectables

- BESPONSA® (inotuzumab ozogamicina)
- CAMPTOSAR® (clorhidrato de irinotecán)
- ELLENCE® (clorhidrato de epirubicina)
- IDAMYCIN® (clorhidrato de idarubicina)
- MYLOTARG™ (gemtuzumab ozogamicina)
- TORISEL® (temsirolimus)

### Medicamentos inyectables: biosimilares

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

### Su guía de código de colores

El código de colores indica qué secciones del formulario debe completar el

**paciente** o el **HCP**

\*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.

Asegúrese de que su HCP envíe por fax el formulario **completado** al 1-877-736-6506 o por correo a: Pfizer Oncology Together, PO Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366. Si tiene preguntas, llame al 1-877-744-5675, de lunes a viernes, de 8 A. M. a 8 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](http://www.pfizer.com/privacy).**

### Lista de verificación de inscripción para pacientes

El paciente o su cuidador deben completar las páginas 2 y 3. Cuando complete estas páginas, tenga en cuenta los siguientes puntos:

- ✓ Incluya copias del frente y el dorso de sus tarjetas de seguro médico y de farmacia
- ✓ Revise la **sección 5** y marque la casilla si desea suscribirse voluntariamente en el programa Care Champion
- ✓ Lea todas las autorizaciones, declaraciones y divulgaciones del paciente y, a continuación, firme en la **sección 5** para proporcionar su consentimiento
- ✓ Incluya un comprobante de ingresos, como la página 1 de su declaración de impuestos, si busca asistencia financiera a través del Programa de asistencia al paciente (PAP) de Pfizer†
- ✓ Marque las casillas correspondientes en la **sección 5** si desea inscribirse para recibir alertas de mensajes de texto del Programa de asistencia al paciente de Pfizer y/o de Pfizer Oncology Together Care Champion

#### 1. Información del paciente

\*Campos obligatorios

Nombre (nombre/inicial del 2.º nombre/apellido)*	Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)*	Sexo* <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección*		
Ciudad*	Estado*	Código postal*
Teléfono* <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Trabajo	Dirección de correo electrónico	
Mejor horario para comunicarse <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche	Idioma de preferencia (si no es inglés)	
Nombre del cuidador	Teléfono del cuidador	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Trabajo
<b>Autorizaciones del paciente:</b> <input type="checkbox"/> Otorgo mi permiso para que Pfizer Oncology Together se comunique conmigo y me deje mensajes sobre los servicios para el paciente y el estado de inscripción.	<input type="checkbox"/> Otorgo mi permiso para que Pfizer Oncology Together se comunique directamente con mi cuidador en mi nombre.	

#### 2. Información del seguro del paciente

Marque el tipo de seguro: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Ninguno (pase a la sección 3)		
Seguro principal*	N.º de teléfono de la compañía de seguro*	
N.º de ID del beneficiario de la póliza/Medicare*	N.º de ID de GRP*	
¿El asegurado es el paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el paciente	
Nombre del asegurado*	Fecha de nacimiento del asegurado (mm/dd/aaaa)	
Seguro secundario*	N.º de teléfono de la compañía de seguro*	
N.º de ID del beneficiario de la póliza/Medicare*	N.º de ID de GRP*	
¿El asegurado es el paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el paciente	
Nombre del asegurado*	Fecha de nacimiento del asegurado (mm/dd/aaaa)	
¿El medicamento de Pfizer 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 el monto del copago? \$ _____ <input type="checkbox"/> No sé	
Nombre del seguro de medicamentos recetados*	N.º de ID de la póliza de medicamentos recetados*	
N.º de ID del grupo de medicamentos recetados*	N.º BIN de medicamentos recetados	N.º PCN de medicamentos recetados*

#### ¿Está inscrito en un plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare?

Sí  No (Si la respuesta es "Sí", complete la siguiente información. Si es "No", pase a la sección 3)

Proporcione su número de ID de Medicare (HICN) o su número de beneficiario de Medicare (MBI)

Nombre del plan de la Parte D de Medicare

Dirección del plan de la Parte D de Medicare

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

#### 3. Información financiera del paciente Si solicita el PAP y no se suscribe voluntariamente en la verificación electrónica de ingresos en la sección 5

Esta información es necesaria para buscar apoyo de financiamiento alternativo y verificar la elegibilidad para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, según corresponda.

Cantidad de personas dentro del grupo familiar (incluido el solicitante) Total de ingresos anuales del grupo familiar \$

Envíe documentación para respaldar la información financiera proporcionada. Se adjunta:

Declaración federal de impuestos más reciente (página 1 del formulario 1040 del IRS)  Formulario W-2  Otro

#### 4. Programa de ahorros en copagos para medicamentos inyectables de Pfizer Oncology Together

Marque la casilla correspondiente a continuación si solicita la inscripción en el Programa de ahorros en copagos para medicamentos inyectables de Pfizer Oncology Together para el siguiente producto: NIVESTYM, NYVEPRIA, RUXIENCE, TRAZIMERA y ZIRABEV.

Sí  No Autorizo al Programa de ahorros en copagos para medicamentos inyectables de Pfizer Oncology Together ("Programa") a pagar directamente a mi proveedor de atención médica, y no a mí, los gastos de bolsillo de mi medicamento de Pfizer Oncology. Autorizo a mi proveedor de atención médica a que se comunique con el Programa en mi nombre para iniciar el pago de los servicios después de que se hayan prestado. Comprendo que seré responsable de los gastos de bolsillo de mi medicamento de Pfizer Oncology (1) si mi proveedor de atención médica no solicita el pago dentro de los 180 días de la fecha de emisión de mi Explicación de beneficios (EOB), o (2) si no soy elegible para recibir reembolsos por parte del Programa.

Sí  No Doy fe de que no estoy inscrito en ningún programa de seguro financiado a nivel estatal o federal, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, TRICARE, Veteran Affairs Health Care, un programa estatal para medicamentos recetados o el Plan de Salud del Gobierno disponible en Puerto Rico (anteriormente conocido como "La Reforma de Salud"). Doy fe de que no recibo un seguro médico a través de las fuerzas armadas.

Al marcar esta casilla, confirmo que soy elegible para participar en este programa y acepto los [términos y condiciones](#) especificados aquí. Acepto los términos y condiciones antes de continuar.

Si tiene preguntas relacionadas con su elegibilidad para el Programa de ahorros en copagos para medicamentos inyectables de Pfizer Oncology Together, puede comunicarse con Pfizer Oncology Together y proporcionar su información de seguro comercial para verificar la elegibilidad. Se aplican términos y condiciones. Para conocer todos los términos y condiciones de los medicamentos inyectables, consulte [PfizerOncologyTogether.com/injectables-terms](http://PfizerOncologyTogether.com/injectables-terms) y seleccione el medicamento que le interesa. Pfizer entiende que su información personal y médica es privada y solo la utilizará de acuerdo con nuestra [política de privacidad](#). Pfizer y las partes que actúen en su nombre solo usarán la información que usted proporcione para enviarle los materiales que solicitó, así como otra información útil sobre el producto y/o productos relacionados, información sobre el estado de la enfermedad, ofertas y servicios.

Asegúrese de que su HCP envíe por fax el formulario **completado** al 1-877-736-6506 o por correo a: Pfizer Oncology Together, PO Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366. Si tiene preguntas, llame al 1-877-744-5675, de lunes a viernes, de 8 A. M. a 8 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](http://www.pfizer.com/privacy).**

## 5. Autorizaciones, declaraciones y divulgaciones del paciente

\*Campos obligatorios

### Suscripción voluntaria en el Programa personalizado de apoyo al paciente (opcional)

Se ofrece apoyo personalizado al paciente a través de Pfizer Oncology Together por medio de Care Champion. Puede hablar con Care Champion para obtener recursos que puedan ayudarlo 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. Estas comunicaciones pueden incluir llamadas a mi número de teléfono realizadas con un marcador automático 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 al 1-877-744-5675.

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/pfizer/> y la política de privacidad de Pfizer en [Pfizer.com/privacy](http://Pfizer.com/privacy). Responda STOP para dejar de recibir mensajes.

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

Al firmar el formulario, certifico que no puedo pagar mi medicamento y afirmo que mis respuestas y mis comprobantes de ingresos son completos, 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 proporciona 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.

¡Envíame 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](http://www.pfizer.com/privacy). Introduzca el número que desea inscribir para el envío de mensajes de texto \_\_\_\_\_.

### Consentimiento del paciente para recibir comunicaciones

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 (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 A. M. a 8 P. M., hora del este.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente\* (paciente o representante personal del paciente)

\_\_\_\_\_  
Si es un representante personal, indique la relación.

\_\_\_\_\_  
Fecha\*

Dirección de correo electrónico del paciente (proporcionar si se firma electrónicamente):

### 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 Equidad de Informes de Crédito que autoriza a Pfizer Oncology Together a obtener información de mi perfil crediticio u otra información de Experian™ Income View™. 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. Entiendo que tengo derecho a obtener una copia de esta autorización, si la solicito. Esta autorización será válida por dos (2) años a partir de la fecha de la firma de este formulario (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.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente\* (paciente o representante personal del paciente)

\_\_\_\_\_  
Si es un representante personal, indique la relación.

\_\_\_\_\_  
Fecha\*

Dirección de correo electrónico del paciente (proporcionar si se firma electrónicamente):

†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.

El HCP debe enviar por fax el formulario **completado** al 1-877-736-6506 o por correo a: Pfizer Oncology Together, PO Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366. Si tiene preguntas, llame al 1-877-744-5675, de lunes a viernes, de 8 A. M. a 8 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](http://www.pfizer.com/privacy).**

### Lista de verificación de inscripción para el HCP

Complete cada sección de esta página para todas las solicitudes de inscripción de pacientes. Lea las declaraciones de **privacidad y consentimiento** de las secciones 9 y 10 y firme a continuación. En las siguientes páginas:

- Diagnóstico:** Especifique el diagnóstico en la sección 12 para medicamentos orales y/o inyectables, y en la sección 19 para medicamentos inyectables biosimilares. Para RUXIENCE o ZIRABEV: Marque la casilla y firme para aceptar las limitaciones del programa.
- Indicaciones/Instrucciones de dosificación:** Complete la sección 13 para los medicamentos orales, y la sección 17 para los medicamentos inyectables.
- Firme la receta:** Firme la sección 14 para los medicamentos orales
- Programa de asistencia al paciente de Pfizer:** Para los pacientes que solicitan la inscripción para medicamentos orales y/o inyectables, se requiere completar la sección 8. Para los pacientes que solicitan la inscripción para medicamentos inyectables biosimilares, se requiere completar las secciones 8, 22 y 23.

**Tenga en cuenta:** Al emitir una receta electrónica, si no puede localizar AmeriPharm (número de NPI: 1073692745, número de NCPDP: 4351968), también puede buscar MedVantx entre las farmacias minoristas (número de NPI: 1235371535; número de NCPDP: 4354180). La receta se enviará al mismo lugar.

#### 6. 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? \$ <input type="checkbox"/> No sé

#### 7. 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*	

#### 8. Información de envío para pacientes del Programa de asistencia al paciente (PAP) de Pfizer

(completar si solicita asistencia a través del Programa de asistencia al paciente de Pfizer<sup>1</sup>)

Nombre del paciente*		
Enviar a*: <input type="checkbox"/> Dirección del HCP/centro de atención (sección 7) <input type="checkbox"/> Dirección del proveedor que administra (sección 20) <input type="checkbox"/> Dirección del paciente (sección 1) <input type="checkbox"/> Otra dirección (Complete la información requerida a continuación.)		
Dirección*		
Ciudad*	Estado*	Código postal*
Nombre del consultorio*		Teléfono de contacto*

#### 9. Consentimiento del proveedor de atención médica

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.

#### 10. Declaración del proveedor de atención médica en virtud de la HIPAA y de la Ley de Protección del Consumidor de Servicios Telefónicos (TCPA)

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 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 programas 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).

Firma del HCP*	Fecha*
Dirección de correo electrónico del HCP (proporcionar si se firma electrónicamente):	

<sup>1</sup>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.

El HCP debe enviar por fax el formulario **completado** al 1-877-736-6506 o por correo a: Pfizer Oncology Together, PO Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366. Si tiene preguntas, llame al 1-877-744-5675, de lunes a viernes, de 8 A. M. a 8 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](http://www.pfizer.com/privacy).**

<b>11. Información del paciente</b>		<b>*Campos obligatorios</b>			
Nombre del paciente (nombre/inicial del 2.º nombre/apellido)*		Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)*			
<b>12. Diagnóstico</b>					
ICD-10 del diagnóstico principal*		ICD-10 del diagnóstico secundario			
<b>Completar para los medicamentos orales</b>					
<b>13. Información de prescripción para medicamentos orales</b> <input checked="" type="checkbox"/> (completar si se recetan 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"/> AROMASIN (exemestano) 25 mg, suministro para 90 días <input type="checkbox"/> BOSULIF (bosutinib) _____ mg, suministro para 30 días <input type="checkbox"/> BRAFTOVI (encorafenib) <input type="checkbox"/> 300 mg, <input type="checkbox"/> 450 mg, <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Suministro para 30 días, <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> DAURISMO (glasdegib, sodio) _____ mg, suministro para 30 días <input type="checkbox"/> EMCYT (fosfato sódico de estramustina) 140 mg, suministro para 90 días <input type="checkbox"/> IBRANCE (palbociclib) _____ mg, suministro para 28 días†		<input type="checkbox"/> INLYTA (axitinib) _____ mg, suministro para 30 días <input type="checkbox"/> LORBRENA (lorlatinib) _____ mg, suministro para 30 días <input type="checkbox"/> MEKTOVI (binimetinib) <input type="checkbox"/> 45 mg, <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Suministro para 30 días, <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> SUTENT (malato de sunitinib) _____ mg, <input type="checkbox"/> suministro para 28 días <input type="checkbox"/> suministro para 42 días <input type="checkbox"/> TALZENNA (talazoparib) _____ mg, suministro para 30 días <input type="checkbox"/> VIZIMPRO (dacomitinib) _____ mg, suministro para 30 días <input type="checkbox"/> XALKORI (crizotinib) _____ mg, suministro para 30 días			
†Tomado durante 21 días consecutivos seguidos de 7 días sin tratamiento para formar un ciclo completo de 28 días.					
<b>Indicaciones/Instrucciones de dosificación*:</b>					
Medicamentos concomitantes*:		Indique la cantidad de resurtidos*:			
Alergias farmacológicas* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (si la respuesta es "Sí", detalle el [los] medicamento[s] y la[s] reacción[es] asociada[s]):					
Otras afecciones conocidas*:					
<b>14. Firma de la receta</b>					
<b>Nota especial:</b> Los profesionales de Nueva York que emitan recetas deben hacerlo de forma electrónica. Para emitir recetas electrónicas de los productos pertinentes, consulte la sección <b>Tenga en cuenta</b> en la Lista de verificación de inscripción para el HCP de la página 4.					
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.					
Firma del HCP** (dispensar según lo escrito)		Firma del HCP** (se permiten sustituciones)	Fecha*		
Dirección de correo electrónico del HCP (proporcionar si se firma electrónicamente):					
<b>15. Farmacia especializada preferida</b> (para pacientes con seguro comercial)					
Nombre de la farmacia especializada preferida*		<input type="checkbox"/> 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.					
<b>Completar para los medicamentos inyectables</b>					
<b>16. Información del proveedor que administra</b> (administración/supervisión de la infusión del medicamento) <input type="checkbox"/> Marcar si es la misma que la de la sección 7					
Nombre (nombre/inicial del 2.º nombre/apellido)*		Especialidad*			
NPI*	ID impositiva del grupo*	Licencia estatal*			
Nombre del consultorio*		Contacto del consultorio*			
Dirección*					
Ciudad*		Estado*	Código postal*		
Teléfono*		Fax*	Correo electrónico*		
<b>17. Información de dosificación para los medicamentos inyectables*</b> <input checked="" type="checkbox"/> (completar si se recetan medicamentos inyectables administrados por el proveedor).					
<input type="checkbox"/> BESPONSA (inotuzumab ozogamicina)	Tamaño del vial	Cant. de viales	<input type="checkbox"/> IDAMYCIN (clorhidrato de idarubicina)	Tamaño del vial	Cant. de viales
<input type="checkbox"/> CAMPTOSAR (clorhidrato de irinotecán)	Tamaño del vial	Cant. de viales	<input type="checkbox"/> MYLOTARG (gemtuzumab ozogamicina)	Tamaño del vial	Cant. de viales
<input type="checkbox"/> ELENCE (clorhidrato de epirubicina)	Tamaño del vial	Cant. de viales	<input type="checkbox"/> TORISEL (temsilolimus)	Tamaño del vial	Cant. de viales
Fecha de inicio del tratamiento			Frecuencia del tratamiento*		

El HCP debe enviar por fax el formulario **completado** al 1-877-736-6506 o por correo a: Pfizer Oncology Together, PO Box 220366, Charlotte, NC 28222-0366. Si tiene preguntas, llame al 1-877-744-5675, de lunes a viernes, de 8 A. M. a 8 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](http://www.pfizer.com/privacy).**

### Completar para los medicamentos inyectables biosimilares

18. Información del paciente				*Campos obligatorios	
Nombre del paciente (nombre/inicial del 2.º nombre/apellido)*			Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)*		
19. Diagnóstico					
ICD-10 del diagnóstico principal*			ICD-10 del diagnóstico secundario		
La información de prescripción de RUXIENCE no incluye pénfigo vulgar. No hay apoyo disponible para pacientes a los que se les receta RUXIENCE para tratar esta afección. <input type="checkbox"/> Marque y firme aquí para confirmar que el paciente no presenta esta afección: _____					
La información de prescripción de ZIRABEV no incluye carcinoma hepatocelular. No hay apoyo disponible para pacientes a los que se les receta ZIRABEV para tratar esta afección. <input type="checkbox"/> Marque y firme aquí para confirmar que el paciente no presenta esta afección: _____					
20. Información del proveedor que administra (administración/supervisión de la infusión del medicamento) <input type="checkbox"/> Marcar si es la misma que la de la sección 7					
Nombre (nombre/inicial del 2.º nombre/apellido)*			Especialidad*		
NPI*	ID impositiva del grupo*	Licencia estatal*		DEA	
Nombre del consultorio*			Contacto del consultorio*		
Dirección*					
Ciudad*			Estado*		Código postal*
Teléfono*		Fax*		Correo electrónico*	
21. Dirección de facturación para el pago de copagos del Programa de ahorros en copagos para medicamentos inyectables de Pfizer Oncology Together (si es diferente de la información del HCP/centro de atención que figura en la página 4 o de la información del proveedor que administra que figura arriba).					
Nombre de la oficina de facturación del consultorio*			Contacto de la oficina de facturación del consultorio*		
Dirección de la oficina de facturación del consultorio*					
Ciudad*			Estado*		Código postal*
Teléfono de facturación del consultorio*		Fax*		Correo electrónico*	
22. Información de prescripción de medicamentos inyectables biosimilares <input checked="" type="checkbox"/> (completar si se solicita asistencia a través del Programa de asistencia al paciente de Pfizer <sup>†</sup> )					
<input type="checkbox"/> NIVESTYM (filgrastim-aafi) Vial de dosis única	300 mcg/ml	480 mcg/1.6 ml			
<input type="checkbox"/> NIVESTYM (filgrastim-aafi) Jeringa precargada	300 mcg/0.5 ml	480 mcg/0.8 ml			
<input type="checkbox"/> NYVEPRIA (pegfilgrastim-apgf) Jeringa precargada	6 mg/0.6 ml				
<input type="checkbox"/> RETACRIT (epoetina alfa-epbx) Vial de dosis única (1 ml)	2000 U/ml	3000 U/ml		4000 U/ml	
	10,000 U/ml	40,000 U/ml			
<input type="checkbox"/> RETACRIT (epoetina alfa-epbx) 1 x 10 viales de dosis múltiples <sup>†</sup> <small>†Las dosis para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer para RETACRIT<sup>®</sup> solo están disponibles en viales de dosis única.</small>	20,000 U/1 ml	20,000 U/2 ml			
<input type="checkbox"/> RUXIENCE (rituximab-pvvr) Vial de dosis única	100 mg/10 ml	500 mg/50 ml			
<input type="checkbox"/> TRAZIMERA (trastuzumab-qyyp) Vial de dosis múltiples	150 mg/vial	420 mg/vial			
<input type="checkbox"/> ZIRABEV (bevacizumab-bvzr) Vial de dosis única	100 mg/4 ml	400 mg/16 ml			
Indicaciones: Inyectar _____ mcg de NIVESTYM	Frecuencia:	Cantidad:	Resurtidos:		
Indicaciones: Inyectar _____ mg de NYVEPRIA	Frecuencia:	Cantidad:	Resurtidos:		
Indicaciones: Inyectar _____ unidades de RETACRIT	Frecuencia:	Cantidad:	Resurtidos:		
Indicaciones: Inyectar _____ mg de RUXIENCE	Frecuencia:	Cantidad:	Resurtidos:		
Indicaciones: Inyectar _____ mg de TRAZIMERA	Frecuencia:	Cantidad:	Resurtidos:		
Indicaciones: Inyectar _____ mg de ZIRABEV	Frecuencia:	Cantidad:	Resurtidos:		
Alergias farmacológicas* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (si la respuesta es "Sí", detalle el [los] medicamento[s] y la[s] reacción[es] asociada[s]):					
Medicamentos concomitantes*:					
23. Firma de la receta <input checked="" type="checkbox"/> (completar si se solicita asistencia a través del Programa de asistencia al paciente de Pfizer <sup>†</sup> ).					
<b>Nota especial:</b> Los profesionales de Nueva York que emitan recetas deben hacerlo de forma electrónica. Para emitir recetas electrónicas de los productos pertinentes, consulte la sección <b>Tenga en cuenta</b> en la Lista de verificación de inscripción para el HCP de la página 4.					
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.					
Firma del HCP** (dispensar según lo escrito)		Firma del HCP** (se permiten sustituciones)		Fecha*	
Dirección de correo electrónico del HCP (proporcionar si se firma electrónicamente):					

<sup>†</sup>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 el médico**

**Conserve la autorización original firmada con los registros del paciente y entregue una copia al paciente. No tiene que devolver esta autorización del paciente a Pfizer.**

**Para el paciente**

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 a. m. a 8 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 (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 a. m. a 8 p. m., hora del este.

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

Si es un representante personal, indique la relación.

Fecha

Nombre (en letra de imprenta)