

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

**Descripción general**

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

Pfizer se dedica a trabajar en todos los niveles para hacer realidad todo el potencial de los medicamentos biosimilares en todas las comunidades a las que servimos. Sin embargo, para RUXIENCE™ y ZIRABEV™, la Información de Prescripción no incluye todas las indicaciones del producto del fabricante original. Consulte la Sección 21 para confirmar y conocer las limitaciones del programa.

**Servicios para el paciente de Pfizer Oncology Together**

Al inscribirse en Pfizer Oncology Together, los pacientes recibirán apoyo e información para acceder a los medicamentos de Pfizer, que pueden incluir lo siguiente, dependiendo del programa (colectivamente conocido como “Actividades de apoyo para el paciente”):

- Proporcionar apoyo para la investigación/verificación de beneficios y reembolso, que incluye:
  - Asistencia en la identificación de los requisitos de autorización previa de la aseguradora
  - Asistencia en la identificación de los requisitos de la aseguradora para apelar una reclamación denegada
- Comunicación con los proveedores de atención médica (Healthcare Providers, HCP) por los medicamentos de Pfizer y las actividades de apoyo para el paciente
- Envío de un dispositivo y un paquete de inicio (si procede)
- Suministro de información y recursos de asistencia financiera, si es elegible
- Determinación de la elegibilidad y ayuda para acceder a los programas 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 aceptación)
- Suministro de materiales de 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**

Para calificar para los medicamentos gratuitos, el paciente debe cumplir con ciertos requisitos financieros y con los siguientes criterios:

- Tener una receta válida para el medicamento de Pfizer para el que está buscando asistencia
- No tener cobertura de medicamentos recetados, o no tener cobertura suficiente, para pagar por el medicamento de Pfizer
- Residir en los EE. UU. o en un territorio de los EE. UU.
- Que lo trate un proveedor de atención médica con licencia en los EE. UU. o en un territorio de los EE. UU.

Antes de inscribirse en el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, los pacientes deben asegurarse de agotar todas las opciones de asistencia para copagos disponibles para ellos.

**Para administración oral**

- AROMASIN® (exemestane)
- BOSULIF® (bosutinib)
- DAURISMO™ (glasdegib sodium)
- EMCYT® (estramustine phosphate sodium)
- IBRANCE® (palbociclib)
- INLYTA® (axitinib)
- LORBRENA® (lorlatinib)
- SUTENT® (sunitinib malate)
- TALZENNA® (talazoparib)
- VIZIMPRO® (dacomitinib)
- XALKORI® (crizotinib)

**Inyectables**

- BESPONSA® (inotuzumab ozogamicin)
- CAMPTOSAR® (irinotecan hydrochloride)
- ELLENCE® (epirubicin hydrochloride)
- IDAMYCIN® (idarubicin hydrochloride)
- MYLOTARG™ (gemtuzumab ozogamicin)
- TORISEL® (temsirolimus)
- ZINECARD® (dexrazoxano)

**Inyectable – Biosimilares**

- NIVESTYM™ (filgrastim-aafi)
- RETACRIT™ (epoetin 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 de Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Pfizer Patient Assistance Foundation es una entidad legal separada de Pfizer Inc., con restricciones legales diferentes.

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.

### Lista de verificación de inscripción para pacientes

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

- ✓ Incluya copias de la parte delantera y trasera de sus tarjetas de seguro médico y de farmacia
- ✓ Revise la **Sección 5** y marque la casilla si desea participar en el programa Care Champion
- ✓ Lea todos los avisos legales sobre privacidad y comunicaciones y luego firme las **Secciones 6 y 7** para proporcionar su consentimiento
- ✓ Incluya comprobante de ingresos, como la página 1 de su declaración de impuestos, si está buscando asistencia financiera a través del Programa de asistencia al paciente de Pfizer (PAP)<sup>†</sup>
- ✓ Marque las casillas adecuadas en las **Secciones 5 y 6** si desea registrarse 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 (primer 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*
N.º de 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 preferido (si no es inglés)			
Nombre del cuidador			N.º de teléfono del cuidador <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Trabajo		
Autorizaciones del paciente:		<input type="checkbox"/> Otorgo mi permiso para que Pfizer Oncology Together se comunique 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:

Consultar 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 aseguradora*		
N.º de identificación del beneficiario de póliza/Medicare*			N.º de identificación de GRP*		
¿Es el asegurado la misma persona que 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 aseguradora*		
N.º de identificación del beneficiario de póliza/Medicare*			N.º de identificación de GRP*		
¿Es el asegurado la misma persona que 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 para medicamentos recetados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé En caso afirmativo, ¿cuál es el monto del copago? \$ <input type="checkbox"/> No lo sé					
Nombre del seguro de medicamentos recetados*			N.º de identificación de la póliza de medicamentos recetados*		
N.º de identificación del grupo de medicamentos recetados*		N.º BIN para medicamentos recetados		N.º PCN para medicamentos recetados*	
¿Está inscrito en un plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, complete la información que aparece a continuación. De lo contrario, vaya a la Sección 3)					
Proporcione su Número de Identificación de Medicare (HICN) o Número de Beneficiario de Medicare (MBI)					
Nombre del plan de la Parte D de Medicare					
Dirección del plan de la Parte D de Medicare					
<b>Nota:</b> Incluya copias de la parte delantera y trasera de sus tarjetas de seguro médico y de farmacia con su formulario de inscripción.					

#### 3. Información financiera del paciente

Esta información es necesaria para buscar apoyo financiero alternativo y verificar la elegibilidad para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, según corresponda. No proporcione información financiera si solo está solicitando el Programa de ahorros en copagos para inyectables Pfizer Oncology Together.

Número total 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:			
<input type="checkbox"/> Declaración federal de impuestos más reciente (Página 1 del formulario 1040 del IRS)		<input type="checkbox"/> Formulario W-2 <input type="checkbox"/> Otro	

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

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

Sí  No Autorizo al programa de ahorros en copagos para inyectables Pfizer Oncology Together ("Programa") a proporcionar el pago directamente a mi proveedor de atención médica, y no a mí, por 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 por los servicios, una vez que se hayan prestado. Entiendo que seré responsable de cualquier gasto de bolsillo por mi medicamento Pfizer Oncology si (1) mi proveedor de atención médica no solicita el pago dentro de los 120 días siguientes a la fecha de emisión en mi Explicación de Beneficios (EOB), o (2) si se considera que no soy elegible para el reembolso del Programa.

Sí  No Certifico que no estoy inscrito en un programa de seguro financiado a nivel federal o estatal, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, TRICARE, Veterans Affairs health care, un programa estatal de medicamentos de venta con receta o el Government Health Insurance Plan disponible en Puerto Rico (anteriormente llamado "La Reforma de Salud"). Certifico que no tengo más de 65 años de edad y no estoy jubilado. Certifico que no recibo un Seguro Social por Discapacidad (Social Security Disability, SSDI) ni ningún otro beneficio de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA). Certifico que no tengo insuficiencia renal en etapa terminal (IRET). Certifico además que no soy militar en servicio activo ni lo es ninguno de mis familiares directos.

Se aplican términos y condiciones. Para obtener los términos y condiciones completos de los productos para administración oral, consulte [PfizerOncologyTogether.com/terms](https://www.pfizeroncologytogether.com/terms). Para obtener los términos y condiciones completos de los productos inyectables, consulte [PfizerOncologyTogether.com/injectables-terms](https://www.pfizeroncologytogether.com/injectables-terms) y seleccione el producto que le interesa.

<sup>†</sup>El Programa de asistencia al paciente de Pfizer es un programa conjunto de Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Pfizer Patient Assistance Foundation es una entidad legal separada de Pfizer Inc., con restricciones legales diferentes.

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.

**5. Opción de autoinclusión en el apoyo personalizado para pacientes (Opcional) \*Campos obligatorios**

El apoyo personalizado para pacientes se ofrece 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, medicamentos oncológicos de Pfizer o temas como nutrición, así como una oferta de tarjetas de copago para los 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. Si desea autoincluirse en este programa, marque la casilla que aparece a continuación.

Al marcar esta casilla, solicito el apoyo de Care Champion y acepto recibir comunicaciones de Pfizer Oncology Together, Pfizer y/o de los terceros que actúan en su nombre. Estas comunicaciones pueden incluir llamadas a mi número de teléfono realizadas con marcado automático para informarme sobre recursos y otros tipos de apoyo, tales como los descritos anteriormente. Comprendo que no estoy obligado a dar mi consentimiento ni a adquirir ningún bien o servicio de Pfizer. Entiendo que en cualquier momento puedo optar por no recibir estas comunicaciones, contactando a Pfizer Oncology Together al 1-877-744-5675.

Puede recibir comunicaciones del programa Care Champion a través de un mensaje de texto.

Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para recibir mensajes de marcado automático de publicidad y otros mensajes de Pfizer y sus proveedores de servicios relacionados con el programa Pfizer Oncology Together Care Champion a mi número de teléfono móvil, \_\_\_\_\_. Comprendo que dar mi consentimiento no es obligación ni es una condición para comprar ningún producto o servicio. Es posible que se apliquen tarifas de mensajes y datos. Aproximadamente 8 mensajes por mes. Los términos completos se pueden encontrar en <http://3csms.mobi/pfizer2/> y la política de privacidad de Pfizer en [Pfizer.com/privacy](http://Pfizer.com/privacy). Responda STOP para no recibir más mensajes.

**6. Certificación, autenticación y declaración de privacidad del Programa de asistencia al paciente de Pfizer†**

(Firme solo si solicita el Programa de asistencia al paciente de Pfizer).

Al firmar el formulario, certifico que no puedo pagar por mis medicamentos 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 se modifican. No pretenderé que se contabilice este medicamento ni ningún costo relacionado con él como gasto de bolsillo de la Parte D de Medicare para los medicamentos de venta con receta. No solicitaré reembolso ni crédito por el/los medicamento(s) a mi proveedor o pagador de seguro de medicamentos recetados, incluidos los planes de la Parte D de Medicare. Notificaré a mi proveedor de seguro de la recepción de cualquier medicamento a través del Programa de asistencia al paciente de Pfizer. Tengo una copia firmada de un Formulario de Autorización conforme a la ley HIPAA actual y completado en el registro de mi HCP para que mi HCP pueda compartir información sobre mi salud con los programas de asistencia de Pfizer, Pfizer Inc., y con Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc.

La información que proporcione será utilizada por Pfizer, Pfizer Oncology Together, la Pfizer Patient Assistance Foundation™, y los terceros que actúan 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 determinados 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 acceder a los programas de asistencia de Pfizer. Pfizer puede comunicarse con mi aseguradora para ayudarme a comprender mi cobertura de seguro para ciertos productos, y puede brindarme apoyo para obtener cobertura a través de mi aseguradora, lo que incluye el apoyo para obtener autorizaciones previas y presentar apelaciones (si fueran necesarias y estuvieran disponibles). Pfizer puede verificar la exactitud de la información que he proporcionado y puede solicitar más información financiera y del seguro. Los medicamentos suministrados por los programas de asistencia de Pfizer no pueden ser vendidos, comercializados, intercambiados o transferidos. 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.

¡Envíeme un mensaje de texto para recordarme resurtir mis recetas! Al seleccionar esta casilla, otorgo mi consentimiento para recibir mensajes de texto de recordatorios para resurtir recetas y de envíos si me aceptan en el Programa de asistencia al paciente de Pfizer. Recibiré un mensaje de texto de bienvenida en donde se solicitará que responda CONFIRM para confirmar mi autoinclusión. Pueden aplicarse cargos por mensajes y datos. La cantidad de mensajes varía según el uso del programa, pero es de hasta 5 mensajes de texto por mes. Responda con la palabra STOP para cancelar el servicio. La Política de privacidad y los términos completos están disponibles aquí: [www.pfizer.com/privacy](http://www.pfizer.com/privacy). Introduzca el número que desea inscribir para recibir los mensajes de texto \_\_\_\_\_.

_____ <b>Firma del paciente*</b> (Paciente o representante del paciente)	_____ Si es representante, indique la relación.	_____ <b>Fecha*</b>
---	--	------------------------

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

**7. Consentimiento del paciente para recibir comunicaciones**

Al firmar este formulario, estoy de acuerdo con las comunicaciones de Pfizer, Pfizer Oncology Together y/o los terceros que actúan 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 apoyo de copagos o programas de medicamentos gratuitos, y otros fines no comerciales. Acepto ser contactado por Pfizer, Pfizer Oncology Together o los terceros que trabajan en su nombre para estos fines mediante la utilización del marcado automático o una voz pregrabada, a los números de teléfono proporcionados. Si tengo un cuidador, él o ella también ha aceptado recibir tales comunicaciones de Pfizer, Pfizer Oncology Together y/o de terceros que actúan en su nombre para los fines descritos anteriormente, y por la presente doy mi permiso para que Pfizer, Pfizer Oncology Together y/o los terceros que actúan en su nombre se pongan en contacto con mi cuidador para tales fines. Comprendo que yo (y, si corresponde, mi cuidador) puedo optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento poniéndome en contacto con Pfizer Oncology Together al 1-877-744-5675, de lunes a viernes, de 8 A. M. a 8 P. M., hora del este.

_____ <b>Firma del paciente*</b> (Paciente o representante del paciente)	_____ Si es representante, indique la relación.	_____ <b>Fecha*</b>
---	--	------------------------

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

†El Programa de asistencia al paciente de Pfizer es un programa conjunto de Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Pfizer Patient Assistance Foundation es una entidad legal separada de Pfizer Inc., con restricciones legales diferentes.

HCP, 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.

### Lista de verificación de inscripción para el HCP

Llene todas las secciones de esta página para todas las solicitudes de inscripción de pacientes. Lea las declaraciones de **privacidad y consentimiento** en las Secciones 11 y 12, y firme a continuación. En las páginas siguientes:

- ✓ **Diagnóstico:** Especifique el diagnóstico en la Sección 14 para medicamentos orales y/o inyectables, y en la Sección 21 para medicamentos biosimilares inyectables. Para RUXIENCE™ o ZIRABEV™: Marque la casilla y firme para reconocer las limitaciones del programa.
- ✓ **Indicaciones/Instrucciones de administración de la dosis:** Complete la Sección 15 para medicamentos para administración oral y/o la Sección 19 para inyectables
- ✓ **Firme la receta:** Firme la sección 16 para los medicamentos orales
- ✓ **Programa de asistencia al paciente de Pfizer:** Para los pacientes que solicitan inscripción para medicamentos orales y/o inyectables, se requiere la Sección 10. Para los pacientes que solicitan la inscripción para biosimilares inyectables, se requieren las Secciones 10, 24 y 25

**Tenga en cuenta:** Al realizar 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: 44354180). La receta se enviará al mismo lugar.

#### 8. Información del paciente

\*Campos obligatorios

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

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

#### 9. Información del HCP/centro de atención

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

Designación profesional

Nombre del centro de salud/institución\*

Dirección\*

Ciudad\*

Estado\*

Código postal\*

NPI\*

ID impositiva del grupo\*

Licencia estatal\*

DEA

Fax\*

Correo electrónico

Ubicación del centro de atención\*:  Consultorio del proveedor  Hospital, como paciente ambulatorio  Hospital, como paciente internado  Otro  N/D

Nombre de contacto\*

N.º de teléfono de contacto\*

#### 10. Información de envío para el Programa de asistencia al paciente (PAP) de Pfizer

Nombre del paciente\*

Enviar a\*:  Dirección del HCP/centro de atención médica (Sección 9)  
 Dirección del paciente (Sección 1)

Dirección del proveedor de administración (Sección 22)  
 Otra dirección (Llene la información requerida a continuación)

Dirección\*

Ciudad\*

Estado\*

Código postal\*

Nombre del consultorio\*

N.º de teléfono de contacto\*

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

Comprendo que el hecho de completar este formulario de inscripción no garantiza que mi paciente reciba asistencia. Recibiré el medicamento de mi paciente y lo conservaré seguro en mi consultorio hasta que sea entregado a mi paciente, cuando corresponda. Cumpliré y acataré la legislación de mi estado para profesionales autorizados a recetar medicamentos, cuando corresponda. Todo medicamento suministrado por Pfizer como resultado de este formulario de inscripción es exclusivamente para el uso del paciente cuyo nombre se indica en este formulario y no se venderá, comercializará, intercambiará, transferirá, devolverá para obtener crédito ni entregará a ningún tercero (como Medicare, Medicaid u otro proveedor de beneficios) para su reembolso. El medicamento se proporcionará únicamente a este paciente elegible e inscrito sin cargo de ningún tipo. La información proporcionada en este formulario de inscripción está sujeta a auditorías y verificación al azar. Pfizer puede modificar o cancelar este programa en cualquier momento; Pfizer también se reserva el derecho a poner fin a la inscripción de mi paciente en cualquier momento.

#### 12. Autenticación del proveedor de atención médica en virtud de la HIPAA y la Ley de protección al usuario de servicios telefónicos (Telephone Consumer Protection Act, TCPA)

Mediante mi firma, certifico que he obtenido todas y cada una de las autorizaciones y consentimientos del paciente, o del representante autorizado del paciente, necesarios en virtud de la HIPAA y la ley estatal para divulgar información de salud protegida, incluida la contenida en este formulario, a Pfizer y sus empleados o agentes para propósitos relacionados con los programas de apoyo al paciente de Pfizer, que incluyen, ayudar al paciente con la verificación de beneficios, asistencia para autorizaciones previas o apelaciones, recursos e información de asistencia financiera, tales como apoyo de copagos o programas de medicamentos gratuitos, para los que el paciente puede ser elegible, y otro tipo de apoyo para medicamentos oncológicos de Pfizer.

Certifico que he obtenido el consentimiento del paciente, o del cuidador del paciente, para ser contactado por Pfizer, Pfizer Oncology Together y los terceros que actúan en su nombre mediante la utilización del marcado automático o una voz pregrabada, al/a los número(s) de teléfono provisto(s), con respecto a los fines descritos anteriormente y para otros fines no comerciales. También concedo mi permiso para recibir llamadas relacionadas con estos servicios de Pfizer Oncology Together y de los terceros que actúan en su nombre, incluidas las llamadas efectuadas con marcado automático o de voz previamente grabada al/a los número(s) de teléfono provisto(s).

Firma del HCP\*

Fecha\*

Dirección de correo electrónico del HCP (Proporciónela si firma electrónicamente):

HCP, 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.

<b>13. Información del paciente</b>		<b>* Campos obligatorios</b>			
Nombre del paciente (primer nombre/inicial del 2.º nombre/apellido)*		Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)*			
<b>14. Diagnóstico</b>					
ICD-10 de diagnóstico principal*		ICD-10 de diagnóstico secundario			
<b>Completar para medicamentos para administración oral</b>					
<b>15. Información de prescripción para medicamentos para administración oral</b> <input checked="" type="checkbox"/> (Obligatoria si se recetan productos para administración por vía oral).					
Seleccione el medicamento recetado e indique concentración y cantidad.* A continuación, proporcione las indicaciones completas y la información de administración de la dosis.					
<input type="checkbox"/> AROMASIN® (exemestane) 25 mg, suministro para 90 días <input type="checkbox"/> BOSULIF® (bosutinib) _____ mg, suministro para 30 días <input type="checkbox"/> DAURISMO™ (glasdegib sodium) _____ mg, suministro para 30 días <input type="checkbox"/> EMCYT® (estrámustine phosphate sodium) 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"/> SUTENT® (sunitinib malate) _____ 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			
<b>Indicaciones/Instrucciones de administración de la dosis*:</b>					
Medicamentos concomitantes*:		<b>Indicar el número de resurtidos*:</b>			
Alergias farmacológicas* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, detalle medicamento[s] y reacción[es] asociada[s]):					
Otras afecciones conocidas*:					
<b>16. Firma de quien receta</b>					
Certifico que soy el profesional de atención médica que ha recetado la terapia identificada en este formulario. Certifico además que he hecho un juicio independiente de que la terapia anterior 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 afiliados, agentes, representantes y proveedores de servicios a actuar en mi nombre con el propósito de transmitir esta receta a la farmacia apropiada.					
Firma del HCP* (Dispensar la marca recetada)		Firma del HCP* (Sustitución permitida)	Fecha*		
Dirección de correo electrónico del HCP (Proporciónela si firma electrónicamente):					
<b>Nota especial:</b> Los prescriptores de Nueva York deben realizar receta electrónica. Para realizar receta electrónica de productos relevantes, consulte la nota <b>Tenga en cuenta</b> en Lista de verificación de inscripción para el HCP, en la página 4.					
<b>17. 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 el uso de la farmacia especializada indicada anteriormente. Autorizo a Pfizer y sus afiliados, agentes, representantes y proveedores de servicios a enviar por fax esta receta a la farmacia especializada designada anteriormente, siempre que sea 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 medicamentos inyectables</b>					
<b>18. Información del proveedor de administración</b> (Administración y supervisión del producto de infusión) <input type="checkbox"/> Compruebe si es igual que la Sección 9					
Nombre (primer nombre/inicial del 2.º nombre/apellido)*		Especialidad*			
NPI*	ID impositiva del grupo*	Licencia estatal*			
Nombre del centro de salud*		Contacto del consultorio*			
Dirección*					
Ciudad*		Estado*	Código postal*		
N.º de teléfono*	Fax*	Correo electrónico*			
<b>19. Información de administración de la dosis para inyectables*</b> <input checked="" type="checkbox"/> (Necesario si se recetan productos inyectables que debe administrar un proveedor).					
<input type="checkbox"/> BESPONSA® (inotuzumab ozogamicin)	Tamaño del vial	N.º de viales	<input type="checkbox"/> MYLOTARG™ (gemtuzumab ozogamicin)	Tamaño del vial	N.º de viales
<input type="checkbox"/> CAMPTOSAR® (irinotecan hydrochloride)	Tamaño del vial	N.º de viales	<input type="checkbox"/> TORISEL® (temsirolimus)	Tamaño del vial	N.º de viales
<input type="checkbox"/> ELLENCE® (epirubicin hydrochloride)	Tamaño del vial	N.º de viales	<input type="checkbox"/> ZINECARD® (dexrazoxane)	Tamaño del vial	N.º de viales
<input type="checkbox"/> IDAMYCIN® (idarubicin hydrochloride)	Tamaño del vial	N.º de viales			
Fecha de inicio del tratamiento			Frecuencia del tratamiento*		



HCP, 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.

### Completar para medicamentos biosimilares inyectables

#### 20. Información del paciente

\* Campos obligatorios

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

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

#### 21. Diagnóstico

ICD-10 de diagnóstico principal\*

ICD-10 de diagnóstico secundario

La Información de Prescripción para RUXIENCE™ no incluye artritis reumatoide ni pénfigo vulgar. No se dispone de apoyo para los pacientes a los que se les receta RUXIENCE™ para tratar estas afecciones.

Marque y firme aquí para confirmar que el paciente no tiene una de estas afecciones: \_\_\_\_\_

La Información de Prescripción para ZIRABEV™ no incluye cáncer de ovario, trompas de falopio o peritoneo. No se dispone de apoyo para los pacientes a los que se les receta ZIRABEV™ para tratar estas afecciones.

Marque y firme aquí para confirmar que el paciente no tiene una de estas afecciones: \_\_\_\_\_

#### 22. Información del proveedor de administración (Administración y supervisión del producto de infusión) Compruebe si es igual que la Sección 9

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

Especialidad\*

NPI\*

ID impositiva del grupo\*

Licencia estatal\*

DEA

Nombre del centro de salud\*

Contacto del consultorio\*

Dirección\*

Ciudad\*

Estado\*

Código postal\*

N.º de teléfono\*

Fax\*

Correo electrónico\*

#### 23. Dirección de facturación para el pago de copagos del Programa de ahorros en copagos de Pfizer Oncology Together para inyectables (Si es diferente de la información del HCP/centro de atención médica de la página 4 o de la información del proveedor de administración antes mencionado).

Nombre del consultorio del centro de salud de facturación\*

Contacto del consultorio del centro de salud de facturación\*

Dirección del consultorio del centro de salud de facturación\*

Ciudad\*

Estado\*

Código postal\*

N.º de teléfono del centro de facturación\*

Fax\*

Correo electrónico\*

#### 24. Información de prescripción para biosimilares (Necesario si solicita asistencia a través del Programa de asistencia al paciente de Pfizer).

 NIVESTYM™ (filgrastim-aafi) Vial de dosis única

300 µg/ml \_\_\_\_\_

480 µg/1.6 ml \_\_\_\_\_

 NIVESTYM™ (filgrastim-aafi) Jeringa precargada

300 µg/0.5 ml \_\_\_\_\_

480 µg/0.8 ml \_\_\_\_\_

 RETACRIT™ (epoetin 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 \_\_\_\_\_

 RUXIENCE™ (rituximab-pvvr) Vial de dosis única

100 mg/10 ml \_\_\_\_\_

500 mg/50 ml \_\_\_\_\_

 TRAZIMERA™ (trastuzumab-qyyp) Vial de dosis múltiples

420 mg/vial \_\_\_\_\_

 ZIRABEV™ (bevacizumab-bvzr) Vial de dosis única

100 mg/4 ml \_\_\_\_\_

400 mg/16 ml \_\_\_\_\_

Instrucciones: Inyectar \_\_\_\_\_ µg de NIVESTYM™

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_

Resurtidos: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Inyectar \_\_\_\_\_ unidades de RETACRIT™

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_

Resurtidos: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Inyectar \_\_\_\_\_ mg de RUXIENCE™

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_

Resurtidos: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Inyectar \_\_\_\_\_ mg de TRAZIMERA™

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_

Resurtidos: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Inyectar \_\_\_\_\_ mg de ZIRABEV™

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_

Resurtidos: \_\_\_\_\_

Alergias farmacológicas\*  Sí  No (En caso afirmativo, detalle medicamento[s] y reacción[es] asociada[s]):

Medicamentos concomitantes\*:

#### 25. Firma de quien receta (Necesario si solicita asistencia a través del Programa de asistencia al paciente de Pfizer).

Certifico que soy el profesional de atención médica que ha recetado la terapia identificada en este formulario. Certifico además que he hecho un juicio independiente de que la terapia anterior 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 afiliados, agentes, representantes y proveedores de servicios a actuar en mi nombre con el propósito de transmitir esta receta a la farmacia apropiada.

Firma del HCP\* (Dispensar la marca recetada)

Firma del HCP\* (Sustitución permitida)

Fecha\*

Dirección de correo electrónico del HCP (Proporciónela si firma electrónicamente):

**Nota especial:** Los prescriptores de Nueva York deben realizar receta electrónica. Para realizar receta electrónica de productos relevantes, consulte la nota **Tenga en cuenta** en Lista de verificación de inscripción para el HCP, en la página 4.

**Para el médico**

**Conserve la Autorización firmada original con los registros del paciente y entréguele una copia al paciente. No es necesario que devuelva esta Autorización del paciente a Pfizer.**

**Para el paciente**

Al firmar este formulario, doy mi permiso para que mis médicos, farmacias, laboratorios y otros proveedores de atención médica (“Proveedores de atención médica”) y mis aseguradoras de salud compartan mi información médica con Pfizer Inc., la Pfizer Patient Assistance Foundation, las filiales de Pfizer y sus proveedores (colectivamente llamados “Pfizer”). Comprendo que mi información médica incluye información relacionada con mi afección médica, tratamiento y cobertura de seguro, así como información de identificación sobre mí (que incluye, por ejemplo, mi nombre, dirección y fecha de nacimiento). Mi información médica se compartirá con Pfizer para que Pfizer pueda proporcionarme varios tipos de apoyo e información para ayudarme a acceder a un medicamento Pfizer, que puede incluir lo siguiente, dependiendo de su programa (colectivamente llamadas “Actividades de apoyo para el paciente”):

- Proporcionar apoyo para los reembolsos y la investigación/verificación de beneficios, que incluye:
  - Asistencia en la identificación de los requisitos de autorización previa
  - Asistencia con la identificación de los requisitos de su aseguradora para apelar una reclamación denegada
- Determinación de mi elegibilidad y ayuda para que pueda acceder a los programas de apoyo para el copago o de medicamentos gratuitos
- Enviarme de un dispositivo y un paquete de inicio (si procede)
- Comunicación con mis proveedores de atención médica por los medicamentos de Pfizer y las Actividades de apoyo para el paciente
- Suministrarme información y recursos de asistencia financiera, si soy elegible
- Suministrarme materiales de 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 mi experiencia con los productos, servicios y programas de Pfizer

Pfizer también puede usar mi información médica para fines de control de calidad y para evaluar y mejorar nuestras operaciones y servicios.

Comprendo que no tengo que firmar este formulario, y si elijo no firmar no afectará mi facultad para recibir el tratamiento de mis proveedores de atención médica o el

pago de mi aseguradora médica. Sin embargo, si no firmo este formulario, el programa Pfizer Oncology Together podría no proporcionarme asistencia.

Comprendo que una vez que mi información médica se comparta, puede que ya no esté protegida por la ley federal de privacidad. Sin embargo, Pfizer acepta proteger mi información médica y usarla para los fines descritos en este formulario, o según lo requerido o permitido por la ley. Las farmacias seleccionadas pueden recibir una remuneración de Pfizer a cambio de mi información de salud y/o de cualquier Actividad de apoyo al paciente que me proporcione.

Comprendo que este formulario permanecerá en vigencia 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 contactar a mi médico o puedo contactar a Pfizer Oncology Together en el 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 tuvo lugar antes de retirar mi aprobación. Comprendo que puedo recibir una copia de este formulario.

También doy mi permiso para recibir comunicaciones de Pfizer, el programa Pfizer Oncology Together, y los terceros que actúan en su nombre, que incluyen llamadas hechas con marcado automático o 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 apoyo de copagos o programas de medicamentos gratuitos, y otros fines no comerciales. Si tengo un cuidador, él o ella también ha aceptado recibir tales comunicaciones de Pfizer, Pfizer Oncology Together y/o de terceros que actúan en su nombre para los fines descritos anteriormente, y por la presente doy mi permiso para que Pfizer, Pfizer Oncology Together y/o los terceros que actúan en su nombre se pongan en contacto con mi cuidador para tales fines. Comprendo que yo (y, si corresponde, mi cuidador) puedo optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento, solo debo ponerme en contacto con Pfizer Oncology Together 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 del paciente)

Si es representante, indique la relación

Fecha

Nombre (en letra de imprenta)