

FORMULARIO DE RECETA E INSCRIPCIÓN

DEBE COMPLETARLO
EL MÉDICO
QUE EMITE LA RECETA



Comprimidos de Oxbryta® (voxelotor) de 500 mg
Comprimidos de Oxbryta® (voxelotor) de 300 mg
Comprimidos de Oxbryta® (voxelotor) de 300 mg
para suspensión oral

Enviar por fax a: (888) 418-4178
 N.º de teléfono: (833) 428-4968, Opción 1
 680 Century Point, Lake Mary, FL 32746

Para evitar demoras, los médicos que emiten la receta deben completar la **página 1 Y la página 2 (página de la receta)**. Complete **TODOS** los campos y envíe este formulario por fax al (888) 418-4178 o llame al número que aparece más arriba para obtener asistencia adicional. **YourSource** ofrece los siguientes servicios a los pacientes a los que se les ha recetado Oxbryta® (voxelotor): Investigación de beneficios, asistencia con la autorización previa, asistencia para apelaciones, asistencia financiera para pacientes elegibles,* y apoyo del personal de enfermería. **YourSource** no proporciona asesoramiento médico ni servicios de gestión de casos. Los pacientes siempre deben hablar con su proveedor de atención médica si necesitan orientación sobre su afección específica o su estado de salud general. Para obtener más detalles sobre los servicios disponibles para su paciente, visite YourSourceSupport.com.

PASO 1: INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE (COMPLETE TODOS LOS CAMPOS)

Primer nombre del paciente _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Dirección _____ N.º de apt. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Sexo Masculino Femenino **★ Peso del paciente:** _____ kg **★ El peso es necesario para la receta**

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

N.º de teléfono móvil del paciente _____ **N.º de teléfono particular del paciente** _____

N.º de teléfono alternativo del paciente _____ Dirección de correo electrónico del paciente _____

¿Puede dar el permiso para dejarle un mensaje de voz al paciente? Sí No Idioma preferido del paciente Inglés Español Otro _____

Cuidador(es) autorizado(s)[†] (NO OMITA; COMPLETE)

Nombre del Cuidador autorizado _____ Relación con el paciente _____ N.º de teléfono del Cuidador autorizado _____ Correo electrónico del Cuidador autorizado _____

Nombre del Cuidador autorizado n.º 2 (si corresponde) _____ Relación con el paciente _____ N.º de teléfono del Cuidador autorizado n.º 2 _____ Correo electrónico del Cuidador autorizado n.º 2 _____

¿Puede dar el permiso para dejar un mensaje de voz al (a los) Cuidador(es) autorizado(s) en nombre del paciente? Sí No

[†]Un Cuidador autorizado es alguien que está legalmente autorizado para tomar decisiones en nombre del paciente.

PASO 2: INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿El paciente ha comenzado el tratamiento? Sí No ¿El paciente tiene seguro? Sí No Tipo de seguro: Comercial Parte D Medicare Medicaid Otro _____

Complete **TODA** la información que aparece a continuación. Si está disponible, también envíe por fax una copia del frente y el dorso de las tarjetas de seguro médico y de beneficios recetados del paciente.

	Seguro médico principal	Seguro principal para medicamentos con receta	Seguro secundario para medicamentos con receta
Nombre del seguro			
N.º de teléfono			
N.º de ID de la póliza			
N.º de grupo			
Nombre del titular de la póliza			
Fecha de nacimiento del titular de la póliza (mm/dd/aaaa)			
Relación con el paciente			

PASO 3: INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA

Nombre del médico que emite la receta _____ Apellido _____ Especialidad médica _____

Información del consultorio

Nombre del consultorio/clínica/institución _____

Dirección _____ N.º de suite _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N.º de teléfono del consultorio _____ N.º de fax del consultorio _____

N.º de Identificador de proveedor nacional (National Provider Identifier, NPI) del médico _____ N.º de identificación fiscal _____

Nombre del contacto del consultorio _____ Cargo del contacto del consultorio _____

N.º de teléfono del contacto del consultorio _____ Correo electrónico de contacto del consultorio _____

Lea todo el formulario, complete TODOS los campos del formulario y, a continuación, envíe por fax todas las páginas al (888) 418-4178.

Para obtener detalles sobre cómo recopilamos y utilizamos información personal, incluidos los derechos de privacidad estatales de EE. UU. aplicables y los avisos para residentes de California, visite www.pfizer.com/privacy.

*El Programa de asistencia al paciente de Pfizer es un programa conjunto de Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Los medicamentos gratuitos de Pfizer se proporcionan a través de Pfizer Patient Assistance Foundation™. Pfizer Patient Assistance Foundation™ es una entidad jurídica independiente de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.

PP-LTV-USA-2613

FORMULARIO DE RECETA E INSCRIPCIÓN

DEBE COMPLETARLO
EL MÉDICO
QUE EMITE LA RECETA



Comprimidos de Oxbryta® (voxelotor) de 500 mg
Comprimidos de Oxbryta® (voxelotor) de 300 mg
Comprimidos de Oxbryta® (voxelotor) de 300 mg
para suspensión oral

Enviar por fax a: (888) 418-4178
 N.º de teléfono: (833) 428-4968, Opción 1
 680 Century Point, Lake Mary, FL 32746

Para evitar demoras, los médicos que emiten la receta deben completar la **página 1 Y la página 2 (página de la receta)**. Complete **TODOS** los campos y envíe este formulario por fax al (888) 418-4178 o llame al número que aparece más arriba para obtener asistencia adicional.

PASO 4: DIAGNÓSTICO E INFORMACIÓN CLÍNICA (COMPLETE TODOS LOS CAMPOS) ★ SE REQUIERE PARA LA RECETA

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente _____
Dirección del paciente (calle, n.º de apt., ciudad, estado, código postal) _____
★ Diagnóstico principal según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª edición (CIE-10): D57
Enumere los medicamentos/tratamientos simultáneos _____ Certificado que estoy al tanto del potencial de interacción farmacológica
Alergias farmacológicas y no farmacológicas _____ Sin alergias conocidas a fármacos

PASO 5: INFORMACIÓN DE LA RECETA (COMPLETE SOLO UNA SECCIÓN)

Producto	Instrucciones (SIG) y cantidad	Reposiciones
Comprimidos de Oxbryta® (voxelotor) de 500 mg	<input type="checkbox"/> SIG: Tomar 3 comprimidos por vía oral una vez al día; Cantidad dispensada: #90	<input type="checkbox"/> Según sea necesario durante 1 año
	<input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Cero reposiciones <input type="checkbox"/> Otros: _____
Comprimidos de Oxbryta® (voxelotor) de 300 mg	<input type="checkbox"/> SIG: Tomar 2 comprimidos (600 mg), por vía oral una vez al día; Cantidad dispensada: #60	<input type="checkbox"/> Según sea necesario durante 1 año
	<input type="checkbox"/> SIG: Tomar 3 comprimidos (900 mg), por vía oral una vez al día; Cantidad dispensada: #90	<input type="checkbox"/> Cero reposiciones
	<input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Otros: _____
Comprimidos de Oxbryta® (voxelotor) de 300 mg para suspensión oral	<input type="checkbox"/> SIG: Preparar la dosis, 2 comprimidos (600 mg), según las indicaciones, y tomarla por vía oral una vez al día; Cantidad dispensada: #60	<input type="checkbox"/> Según sea necesario durante 1 año
	<input type="checkbox"/> SIG: Preparar la dosis, 3 comprimidos (900 mg), según las indicaciones, y tomar por vía oral una vez al día; Cantidad dispensada: #90	<input type="checkbox"/> Cero reposiciones
	<input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Otros: _____

Enviaré la receta electrónica directamente a la farmacia especializada
Si esta sección no cumple con las leyes sobre recetas de su estado, proporcione una receta que cumpla. Los médicos que emiten recetas en el Estado de Nueva York deben enviar una receta electrónica o una receta seriada oficial de Nueva York junto con este formulario de inscripción. Los médicos que emiten recetas en Iowa deben enviar una receta electrónica junto con este formulario de inscripción.

PASO 6: CERTIFICACIÓN Y FIRMA DEL MÉDICO (NOMBRE Y FIRMA OBLIGATORIOS)

FIRME AQUÍ PARA EL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA

Escriba el nombre del médico que emite la receta, en letra de imprenta _____ Fecha _____
Dirección del médico que emite la receta _____
N.º de teléfono del médico que emite la receta _____
Firma del médico que emite la receta _____ Firma del médico que emite la receta _____
("Dispensar según lo escrito"/Marca necesaria desde el punto de vista médico/No sustituir/Sin sustitución/Dispensar según lo escrito/No se puede sustituir) (Se puede sustituir/Se permite la selección de productos/Sustitución permitida)
CA, MA, NC Y PR: El intercambio es obligatorio a menos que el médico que emite la receta escriba las palabras "Sin sustitución" _____
A/A: Proveedores de Nueva York e Iowa: enviar una receta electrónica

(EL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA DEBE FIRMAR MANUALMENTE. No se aceptarán sellos de goma, la firma de otro miembro del personal del consultorio en nombre del médico que emite la receta ni firmas generadas por computador).

Al firmar más arriba, yo, como médico que emite la receta, certifico que: Soy el profesional de atención médica que ha emitido el tratamiento identificado en este formulario. Además, certifico que he tomado una decisión independiente de que el tratamiento anterior es médicamente necesario y que la información proporcionada en este formulario es exacta 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 correspondiente. 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 según la HIPAA y la legislación estatal para divulgar información médica protegida, incluidos los contenidos en este formulario, a Pfizer y a sus empleados o agentes para fines relacionados con los programas de apoyo al paciente de Pfizer, incluida la ayuda al paciente con la verificación de los beneficios, autorización previa/asistencia con apelaciones, recursos e información de asistencia financiera, como el apoyo con copago o programas gratuitos de fármacos, para los que el paciente pueda ser elegible, y otro tipo de apoyo para OXBRYTA. Certifico que he obtenido el consentimiento del paciente o del cuidador del paciente para ser contactado por Pfizer, YourSource, y/o las partes que actúan en su nombre utilicen un marcador automático o voz pregrabada en el/los número(s) de teléfono proporcionados con respecto a los fines descritos anteriormente y para otros fines no comerciales. También doy mi permiso para recibir llamadas relacionadas con estos servicios de Pfizer, YourSource, y partes que actúan en su nombre, incluidas llamadas realizadas con un marcador automático o voz pregrabada al/los número(s) de teléfono proporcionados.

Lea todo el formulario, complete TODOS los campos del formulario y, a continuación, envíe por fax todas las páginas al (888) 418-4178.

Para obtener detalles sobre cómo recopilamos y utilizamos información personal, incluidos los derechos de privacidad estatales de EE. UU. aplicables y los avisos para residentes de California, visite www.pfizer.com/privacy. El Programa de asistencia al paciente de Pfizer es un programa conjunto de Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Los medicamentos gratuitos de Pfizer se proporcionan a través de Pfizer Patient Assistance Foundation™. Pfizer Patient Assistance Foundation™ es una entidad jurídica independiente de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.

PP-LTV-USA-2613

Comprimidos de Oxbrya® (voxelotor) de 500 mg
Comprimidos de Oxbrya® (voxelotor) de 300 mg
Comprimidos de Oxbrya® (voxelotor) de 300 mg para suspensión oral

 **Enviar por fax a: (888) 418-4178**
 N.º de teléfono: (833) 428-4968, Opción 1
 680 Century Point, Lake Mary, FL 32746

Para evitar retrasos, complete **TODOS** los campos y envíe por fax este formulario al (888) 418-4178. Para obtener asistencia adicional, llame al número de teléfono que aparece más arriba.

YourSource ofrece los siguientes servicios a los pacientes a los que se les ha recetado Oxbrya® (voxelotor): Investigación de beneficios, asistencia con la autorización previa, asistencia para apelaciones, asistencia financiera para pacientes elegibles,* y apoyo del personal de enfermería. YourSource no proporciona asesoramiento médico ni servicios de gestión de casos. Los pacientes siempre deben hablar con su proveedor de atención médica si necesitan orientación sobre su afección específica o su estado de salud general. Para obtener más detalles sobre los servicios disponibles para su paciente, visite YourSourceSupport.com.

Para obtener detalles sobre cómo recopilamos y utilizamos información personal, incluidos los derechos de privacidad estatales de EE.UU. aplicables y los avisos para residentes de California, visite www.pfizer.com/privacy.

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 médicas compartan mi información médica con Pfizer Inc., Pfizer Patient Assistance Foundation™, las filiales de Pfizer y sus proveedores (colectivamente, “Pfizer”). Entiendo que mi información médica incluye información relacionada con mi afección médica, tratamiento y cobertura del seguro, así como información identificativa sobre mí (incluyendo, por ejemplo, mi nombre, dirección y fecha de nacimiento). Mi información médica se compartirá con Pfizer para que Pfizer pueda proporcionarme diversos apoyos e información para ayudarme a acceder a un medicamento de Pfizer, que puede incluir lo siguiente, dependiendo de su programa (colectivamente, “Actividades de apoyo al paciente”):

- Proporcionar investigaciones de beneficios y apoyo al reembolso, lo que incluye:
 - Ayudar con la identificación de los requisitos de autorización previa de mi aseguradora.
 - Ayudar con la identificación de los requisitos de mi aseguradora para apelar una reclamación denegada.
- Determinar mi elegibilidad y ayudarme a acceder a programas de apoyo con copago o fármacos gratuitos.
- Establecer comunicación con mis proveedores de atención médica sobre un medicamento de Pfizer y Actividades de apoyo al paciente.
- Proporcionarme recursos e información de asistencia financiera si soy elegible.
- Proporcionarme manejo de la enfermedad, apoyo para continuar con el tratamiento y otros materiales educativos, así como información sobre los productos, servicios y programas de Pfizer, que puede incluir enviarme encuestas sobre mi experiencia con productos, servicios y programas de Pfizer.

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

Entiendo que no tengo que firmar este formulario, y la decisión de no firmarlo no afectará mi capacidad de recibir tratamiento de mis proveedores de atención médica ni al pago de mi aseguradora médica. Sin embargo, si no firmo este formulario, es posible que YourSource no pueda proporcionarme asistencia. Entiendo que una vez que se comparta mi información médica, puede que ya no esté protegida por la legislación federal sobre privacidad. Sin embargo, Pfizer acepta proteger mi información médica y usarla para los fines descritos en este formulario o según lo requiera o permita la ley. Determinadas farmacias pueden recibir remuneración de Pfizer a cambio de mi información médica y/o de cualquier Actividad de apoyo al paciente que se me proporcione. Entiendo que este formulario permanecerá en vigor durante 4 años a partir de la fecha de mi firma, a menos que notifique por escrito antes de esa fecha que deseo retirar mi aprobación para compartir mi información médica. Si deseo retirar mi aprobación, puedo ponerme en contacto con mi médico, o puedo ponerme en contacto con **Source** llamando al (833) 428-4968 o en 680 Century Point, Lake Mary, FL 32746. Este retiro no afectará al uso o divulgación de mi información médica que se haya realizado antes de que retirara mi aprobación. Entiendo que puedo recibir una copia de este formulario.

También doy mi permiso para recibir comunicaciones de Pfizer, de YourSource, y de las partes que actúan en su nombre, incluidos mensajes de texto, correo electrónico, un operador en directo, un marcador automático o voz pregrabada en el/los número(s) de teléfono proporcionados para determinar mi elegibilidad y proporcionar verificación de beneficios, asistencia previa a la apelación y recursos e información de asistencia financiera, como apoyo con copago o programas gratuitos de fármacos, y para otros fines no comerciales. Si tengo un cuidador, él o ella también ha aceptado recibir dichas comunicaciones de Pfizer, YourSource, y/o las partes que actúan en su nombre para los fines descritos anteriormente, y por la presente doy mi permiso para que Pfizer, YourSource, y/o las partes que actúan en su nombre se pongan en contacto con mi cuidador para tales fines. Entiendo que (y, si procede, mi cuidador) puedo optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento poniéndome en contacto con YourSource llamando al (833) 428-4968.

Firma del paciente (paciente o representante del paciente)

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

Fecha

Dirección del paciente

Número de teléfono

Fecha de nacimiento del paciente

Si lo firma el representante del paciente, indique a continuación la autoridad para actuar en nombre del paciente:

- Designada por el tribunal Tutor Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención médica Otro _____

Lea todo el formulario, complete TODOS los campos del formulario y, a continuación, envíe por fax todas las páginas al (888) 418-4178.

*El Programa de asistencia al paciente de Pfizer es un programa conjunto de Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Los medicamentos gratuitos de Pfizer se proporcionan a través de Pfizer Patient Assistance Foundation™. Pfizer Patient Assistance Foundation™ es una entidad jurídica independiente de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA RECIBIR COMUNICACIONES

DEBE COMPLETARLO EL PACIENTE



Comprimidos de Oxbryta® (voxelotor) de 500 mg
Comprimidos de Oxbryta® (voxelotor) de 300 mg
Comprimidos de Oxbryta® (voxelotor) de 300 mg para suspensión oral

Enviar por fax a: (888) 418-4178
 N.º de teléfono: (833) 428-4968, Opción 1
 680 Century Point, Lake Mary, FL 32746

Para evitar retrasos, complete **TODOS** los campos y envíe un fax al (888) 418-4178. Para obtener asistencia adicional, llame al número de teléfono que aparece más arriba.

Al firmar este formulario, también acepto recibir comunicaciones de Pfizer, de YourSource, y de las partes que actúan en su nombre para determinar mi elegibilidad y proporcionar verificación de beneficios, autorización o asistencia previa a la apelación y recursos e información de asistencia financiera, como apoyo con copago o programas gratuitos de fármacos, y para otros fines no comerciales. Acepto que Pfizer, YourSource, o las partes que trabajan en su nombre se pongan en contacto conmigo para estos fines en el/los número(s) de teléfono proporcionado(s). Si tengo un cuidador, él o ella también ha aceptado recibir dichas comunicaciones de Pfizer, YourSource, y/o las partes que actúan en su nombre para los fines descritos anteriormente, y por la presente doy mi permiso para que Pfizer, YourSource, y/o las partes que actúan en su nombre se pongan en contacto con mi cuidador para tales fines. Entiendo que (y, si procede, mi cuidador) puedo optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento poniéndome en contacto con YourSource llamando al (833) 428-4968.

YourSource: Al marcar esta casilla y proporcionar mi número de teléfono móvil, doy mi consentimiento para recibir textos no comerciales marcados automáticamente de Pfizer y sus proveedores de servicios sobre el estado de la inscripción, las actualizaciones de la receta y los recordatorios de renovación de YourSource en el número de teléfono proporcionado. Puedo recibir un mensaje de bienvenida en el que se me pide que responda **SÍ** para participar. Hasta 10 mensajes/mes. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Los términos completos se pueden encontrar en <https://www.enrollsource.com/pfe> y la política de privacidad de Pfizer en www.pfizer.com/privacy. Envíe el mensaje de texto STOP para darse de baja.

Introduzca el número que desea inscribir para enviar mensajes de texto _____

Firma del paciente (paciente o representante del paciente) Nombre del paciente o del representante del paciente (en letra de imprenta) Fecha

Si lo firma el representante del paciente, indique a continuación la autoridad para actuar en nombre del paciente:

Designada por el tribunal Tutor Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención médica Otro _____

INSCRIPCIÓN AL NAVEGADOR DE ACCESO

Cuando se inscribe en YourSource, tiene la opción de que un Navegador de acceso de Pfizer le ayude a comprender sus beneficios de seguro y a navegar por el proceso para acceder a su tratamiento con OXBRYTA. Los Navegadores de acceso son empleados de campo de Pfizer que, si lo desea, le ayudarán a responder a las preguntas que pueda tener sobre el acceso a la medicación prescrita por su médico. Los Navegadores de acceso están muy familiarizados con los requisitos de acceso y reembolso de OXBRYTA, y el Navegador de acceso que se le asigne coordinará con YourSource y con usted en su viaje para el inicio del tratamiento (aunque aún tendrá que ponerse en contacto directamente con YourSource si busca ayuda financiera). Trabajar con un Navegador de acceso es opcional. Incluso si decide no optar por este apoyo, puede seguir accediendo a todos los programas de apoyo al paciente para los que es elegible trabajando con un Administrador de casos en YourSource.

Al marcar esta casilla, solicito asistencia del Navegador de acceso y acepto recibir comunicaciones telefónicas del Navegador de acceso asignado a mi caso como se describe anteriormente. Entiendo que no se requiere mi consentimiento ni es una condición para la compra de productos o servicios de Pfizer. Entiendo que puedo optar por no recibir soporte de, ni comunicaciones con Access Navigator en cualquier momento poniéndome en contacto con YourSource al número (833) 428-4968.

Firma del paciente (paciente o representante del paciente) Nombre del paciente o del representante del paciente (en letra de imprenta) Fecha

Dirección del paciente Número de teléfono Fecha de nacimiento del paciente

Si lo firma el representante del paciente, indique a continuación la autoridad para actuar en nombre del paciente:

Designada por el tribunal Tutor Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención médica Otro _____

Escanee/haga clic para obtener más información sobre cómo recibir actualizaciones y asistencia continua con nuestro Programa de asistencia de textos.



Lea todo el formulario, complete **TODOS** los campos del formulario y, a continuación, envíe por fax todas las páginas al (888) 418-4178.

Para obtener detalles sobre cómo recopilamos y utilizamos información personal, incluidos los derechos de privacidad estatales de EE. UU. aplicables y los avisos para residentes de California, visite www.pfizer.com/privacy.

El Programa de asistencia al paciente de Pfizer es un programa conjunto de Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Los medicamentos gratuitos de Pfizer se proporcionan a través de Pfizer Patient Assistance Foundation™. Pfizer Patient Assistance Foundation™ es una entidad jurídica independiente de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE PFIZER* (OPCIONAL)

DEBE COMPLETARLO EL PACIENTE



Comprimidos de Oxbrya® (voxelotor) de 500 mg
Comprimidos de Oxbrya® (voxelotor) de 300 mg
Comprimidos de Oxbrya® (voxelotor) de 300 mg para suspensión oral

Enviar por fax a: (888) 418-4178
 N.º de teléfono: (833) 428-4968, Opción 1
 680 Century Point, Lake Mary, FL 32746

Para evitar retrasos, complete **TODOS** los campos y envíe un fax al (888) 418-4178. Para obtener asistencia adicional, llame al número de teléfono que aparece más arriba.

Para pacientes elegibles sin seguro o funcionalmente no asegurados a los que se les recetó Oxbrya

★ **DEBE COMPLETARSE**

Complete y firme para determinar la elegibilidad:

★ Número total de personas en el hogar (incluido el solicitante): _____

★ Ingresos anuales totales para toda la familia: \$ _____

★ ¿Es residente de los EE. UU. o de un territorio estadounidense?
 Sí No

★ ¿Tiene seguro actualmente? Sí No

★ Mi proveedor o farmacia ha revisado conmigo el copago requerido por mi aseguradora, y certifico que no puedo pagar este medicamento. Sí No

★ ¿Está inscrito en un plan de Medicaid, Medicare, VA, Departamento de Defensa, TRICARE, o cualquier otro plan de seguro de salud financiado por el estado o por el gobierno federal?
 Sí No (incluya una copia de las tarjetas de seguros y de la receta).

★ ¿Se le ha denegado la cobertura de seguro para Oxbrya? Sí No Se desconoce (incluya una copia de las cartas de apelación y denegación, si están disponibles).

★ Dirección de Medicare Part D _____

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA VERIFICACIÓN DE INGRESOS ELECTRÓNICOS

Opcional, pero puede reducir el tiempo de revisión de la solicitud. Si el Formulario no está firmado, se REQUIERE documentación sobre ingresos.

Al firmar a continuación, yo, el aplicante nombrado anteriormente, entiendo que estoy proporcionando "instrucciones escritas" a Pfizer Inc. bajo la Ley de Información Justa de Créditos, autorizando a Pfizer Inc. para obtener información de mi perfil de crédito u otra información de Experian® Income View™. Autorizo a Pfizer Inc. para 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 forma oportuna, si así se solicita. Entiendo que debo aceptar afirmativamente los términos de este aviso firmando a continuación para continuar con el proceso de selección financiera del Programa de asistencia al paciente de Pfizer. Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización previa solicitud. Esta Autorización será válida durante dos (2) años a partir de la fecha de la firma de este formulario (a menos que la ley prescriba un periodo más corto). Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento enviando una carta en la que se solicite dicha cancelación a 680 Century Point, Lake Mary, FL 32746, pero esta cancelación no se aplicará a ninguna información ya utilizada o divulgada a través de esta autorización. Autorización del paciente para la selección financiera: Mi firma certifica que he leído y entiendo las afirmaciones anteriores y acepto los términos descritos.

Firma del paciente (paciente o representante del paciente)

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

Fecha

Si lo firma el representante del paciente, indique a continuación la autoridad para actuar en nombre del paciente:

Designada por el tribunal Tutor Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención médica Otro _____

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE PFIZER

La información que usted proporciona será usada por Pfizer, Pfizer Patient Assistance Foundation™ y las partes que actúen en su nombre para determinar la elegibilidad, para gestionar y mejorar el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, para comunicarse con usted acerca de su experiencia con el Programa de asistencia al paciente de Pfizer y/o enviarle materiales y otra información útil y actualizaciones relacionadas con los programas de Pfizer.

Declaración para pacientes: Al firmar a continuación, certifico que no puedo pagar mi medicamento, y afirmo que mis respuestas y mis documentos de prueba de ingresos son completos, verdaderos y precisos a mi leal saber y entender. Entiendo que: Completar este formulario de inscripción no garantiza que cumpla los requisitos para participar en el Programa de asistencia al paciente de Pfizer. Pfizer puede verificar la exactitud de la información que he proporcionado y puede solicitar más información financiera y del seguro. No se venderá, intercambiará, comercializará ni transferirá ningún medicamento suministrado por el Programa de asistencia al paciente de Pfizer. Pfizer se reserva el derecho de cambiar o cancelar el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, o de finalizar mi inscripción, en cualquier momento. El apoyo proporcionado a través de este programa no está supeditado a ninguna compra futura. Si estoy inscrito en un plan Medicare Part D y soy elegible para el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, mi plan Part D será notificado por Pfizer de mi inscripción en el Programa de asistencia al paciente de Pfizer. Si soy un nuevo paciente con seguro comercial que presenta la solicitud después del 1 de enero de 2024, no puedo recibir asistencia a través del Programa de asistencia al paciente de Pfizer. Certifico y atestiguo que si recibo medicamento(s) proporcionados por Pfizer a través del Programa de asistencia al paciente de Pfizer: Me pondré inmediatamente en contacto con el Programa de asistencia al paciente de Pfizer si cambia mi estado financiero o mi cobertura de seguro. No intentaré que este medicamento ni ningún costo derivado del mismo se cuente en mis costos reales de bolsillo (TrOOP) de Medicare Part D para los medicamentos con receta. No presentaré reclamaciones, solicitaré el reembolso ni el reembolso del/de los medicamento(s) a mi proveedor de seguro de medicamentos con receta o pagador, incluidos los planes de Medicare Part D. Notificaré a mi proveedor de seguros la recepción de cualquier medicamento a través del Programa de asistencia al paciente de Pfizer. Tengo una copia actual firmada y completada del Formulario de Autorización del paciente para compartir información médica registrada con mi médico que emite la receta para que este pueda compartir información médica sobre mí con el Programa de asistencia al paciente de Pfizer, Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™ Inc.

Firma del paciente (paciente o representante del paciente)

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

Fecha

Dirección del paciente

Número de teléfono

Fecha de nacimiento del paciente

Si lo firma el representante del paciente, indique a continuación la autoridad para actuar en nombre del paciente:

Designada por el tribunal Tutor Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención médica Otro _____

Lea todo el formulario, complete TODOS los campos del formulario y, a continuación, envíe por fax todas las páginas al (888) 418-4178.

Para obtener detalles sobre cómo recopilamos y utilizamos información personal, incluidos los derechos de privacidad estatales de EE. UU. aplicables y los avisos para residentes de California, visite www.pfizer.com/privacy.

*El Programa de asistencia al paciente de Pfizer es un programa conjunto de Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Los medicamentos gratuitos de Pfizer se proporcionan a través de Pfizer Patient Assistance Foundation™. Pfizer Patient Assistance Foundation™ es una entidad jurídica independiente de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.

PP-LTV-USA-2613