

Si tiene seguro comercial y solo necesita asistencia en el copago, acceda a [www.VyndaLink.com/patient/financial support](http://www.VyndaLink.com/patient/financial-support). No tiene que completar este formulario a menos que necesite apoyo adicional para el paciente*

Para los detalles de cómo obtenemos y usamos la información personal, incluidos los derechos y avisos aplicables de los Estados Unidos y estatales para los residentes de California, acceda a www.pfizer.com/privacy.

Resumen del programa

VyndaLink es un programa de apoyo personalizado para el paciente que ofrece recursos para pacientes con una receta de VYNDAMAX® (tafamidis)†. Le brindamos apoyo con el reembolso al igual que ayuda para identificar opciones de asistencia económica para pacientes elegibles sin seguro y asegurados gubernamentales que no pueden costear su copago.

Al inscribirse en **VyndaLink**, los pacientes pueden recibir distintos apoyos e información diseñados para ayudar a los pacientes a tener acceso a su medicamento recetado de Pfizer, que puede incluir, pero sin limitarse a, lo siguiente (colectivamente, "Actividades de Apoyo para el Paciente"):

- Proveer beneficios de apoyo en investigación de beneficios y reembolso, como:
 - Educando a los pacientes en cuanto a su cobertura de seguro para su medicamento recetado
 - Asistiendo en la identificación de los requisitos del seguro en la preautorización y/o apelación, si aplica
- Proveer recursos e información de asistencia económica, si el paciente no tiene seguro o es asegurado gubernamental y no puede costear su copago, y a determinar si el paciente puede ser elegible a base de la información disponible.

Contáctenos

- Si tiene preguntas, llame al 1-888-222-8475, de lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. hora del este
- Use una de las siguientes opciones para completar y someter el Formulario de Inscripción de **VyndaLink**:
 - Por fax al: 1-888-878-8474
 - Por correo: **VyndaLink**, PO Box 221296, Charlotte, NC 28222
 - Someta el formulario completado o los documentos requeridos a www.patientsupportnow.org con el código de apoyo para el paciente 8888788474
 - Los pacientes pueden completar de forma electrónica en línea en eSign en la página web www.VyndaLink.com
 - Los proveedores pueden completar de forma electrónica en línea en www.VyndaLinkPortal.com

Tenga presente que debe completar todos los campos requeridos en este formulario de inscripción. De faltar alguna información, puede que, **VyndaLink** se comunique con usted para obtener la información requerida ya que no se puede completar su solicitud sin incluir toda la información solicitada.

LISTA DE COTEJO PARA LA INSCRIPCIÓN DE PACIENTES

- El paciente o su cuidador (si el paciente no puede **completar** el formulario) debe completar el formulario de inscripción en línea en www.VyndaLink.com o todos los recuadros requeridos marcados con asterisco en la sección del paciente del formulario de inscripción en papel (vea páginas 2-5)
- Si **no tiene seguro o tiene seguro gubernamental** pero está presentando dificultades económicas para costear su medicamento, **complete** la información en la página 4, y anexe prueba de sus ingresos si no está consintiendo a verificar el ingreso de forma electrónica. Los pacientes con seguro comercial no son elegibles para el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer*
- Lea las autorizaciones/atestaciones y divulgaciones requeridas para el paciente en las páginas 3 y 5 (y también la página 4, si está solicitando el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer), y **firmo / feche** en las áreas de firmas. Marque los recuadros apropiados en la página 3 si desea inscribirse para recibir mensajes de texto de alertas de **VyndaLink**
- El formulario de inscripción puede someterse **en línea**; vea las instrucciones anteriores. Si no somete el formulario en línea, **devuelva** las páginas de la sección para el paciente del Formulario de Inscripción en papel a VyndaLink por correo o fax, o entréguelo a su profesional de atención médica para que lo someta en su nombre. Pídale a su médico que **complete, firme y someta** las páginas para el proveedor de atención médica del formulario de inscripción
- Fotocopie su formulario de inscripción completado antes de someter el original a **VyndaLink**

LISTA DE COTEJO PARA LA INSCRIPCIÓN DE PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA (PAM)

- Complete los recuadros requeridos en las secciones para el proveedor de este formulario en las páginas 6-9, incluso la firma, fecha y consentimientos/atestaciones
- Provea los códigos de diagnóstico principales y cualquier código de diagnóstico secundario de ICD-10, si aplica
- Si su paciente solicita asistencia económica de conformidad con el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer (PAP) por primera vez, usted debe proveer la información requerida de preautorización y farmacia especializada en la Sección 6A-1
- Si su paciente está actualmente inscrito en el PAP de Pfizer y está solicitando reinscripción, gestione con el paciente para completar las secciones requeridas en la página 4. Usted, como profesional de la salud, debe proveer la información requerida en la Sección 6A. **IMPORTANTE:** si el seguro del paciente que está reinscribiéndose en PAP ha cambiado, debe someter su receta a la farmacia para verificar el copago del paciente antes de que **VyndaLink** pueda evaluar la reinscripción en PAP. Si su paciente no puede costear el medicamento, someta los campos requeridos en la Sección 6A-1 de este formulario de inscripción.
- Instruya al paciente para que complete la sección para el paciente del formulario de inscripción, y **firmo/feche** los consentimientos para el paciente

*Efectivo el 1º de enero de 2023, los pacientes con seguro comercial no son elegibles para recibir asistencia conforme al Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer (PAP). Sin embargo, si es un paciente que está sometiéndolo una reinscripción que fue aprobada para el PAP en 2022 con seguro comercial y tiene seguro comercial nuevamente para 2023, su reinscripción puede considerarse.

† Los mismos ofrecimientos de apoyo de **VyndaLink** disponibles para pacientes con una receta de VYNDAMAX pueden estar disponibles para pacientes con una receta de VYNDALIN® (tafamidis meglumina).



Formulario de inscripción de VyndaLink®: Paciente

Los campos marcados con * son requeridos.

Complete la información requerida en las páginas 2, 3, 4 y 5 y envíela por fax al 1-888-878-8474, por correo a **VyndaLink**, PO Box 221296, Charlotte, NC 28222, o sométalo en línea a www.VyndaLink.com. Si está solicitando el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer, complete y someta también la página 4. De tener preguntas, llame a **VyndaLink** al 1-888-222-8475, de lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. hora del este.

Para pacientes

1. Información del paciente

Nombre* _____ Inicial _____ Apellido* _____

Género* Masculino Femenino No divulgado Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)* _____

Correo electrónico _____

Dirección 1* _____

Dirección 2 _____

Pueblo* _____ Estado* _____ Código postal* _____

Teléfono Res Teléfono Res Puede dejar
 primario* Empleo alerno* Empleo mensaje Idioma preferido
 Móvil Móvil

Nombre del cuidador _____ Teléfono del cuidador _____ Correo electrónico del cuidador _____

2. Información del seguro (Incluya copia por ambos lados de sus tarjetas de seguro y medicamentos recetados, si tiene seguro)

Medicare, Medicaid u otro seguro gubernamental Comercial No asegurado

Nombre del seguro primario* _____

Número de teléfono del seguro primario* _____ Núm. de Póliza/Grupo* _____

¿Es el tenedor de la póliza el mismo paciente?* Sí No

Nombre del tenedor de la póliza (Nombre, Inicial, Apellido) (si es distinto del paciente)* _____

Fecha de nacimiento del tenedor de la póliza (dd/mm/aaaa)* _____ Relación del tenedor de la póliza con el paciente* _____

Nombre del seguro secundario _____

Número de teléfono del seguro secundario _____ Núm. de Póliza/Grupo _____

¿Es el paciente el tenedor de la póliza? Sí No

Nombre del tenedor de la póliza (Nombre, Inicial, Apellido) (si es distinto del paciente)* _____

Fecha de nacimiento del tenedor de la póliza (dd/mm/aaaa) _____ Relación del tenedor de la póliza con el paciente _____

Nombre del seguro de medicamentos recetados* (si aplica) _____

Núm. de póliza* _____ Núm. de grupo* _____ Rx BIN# _____

Si el paciente es asegurado de un Plan de Medicamentos recetados de Medicare, incluya la dirección completa del plan. (Esta dirección es requerida si tiene un plan Parte D de Medicare y es elegible para el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer o Interim Care.)

Dirección del plan Parte D de Medicare: _____

Si tiene un plan Parte D de Medicare y es elegible para el programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer y/o el programa Interim Care, **VyndaLink** le notificará a su plan Parte D de su inscripción en el programa.

Pase a la próxima página para continuar completando la sección para el Paciente del Formulario de Inscripción.

Autorizaciones, atestaciones y divulgaciones del paciente

Complete la información requerida en las páginas 2, 3, 4 y 5 y envíela por fax al 1-888-878-8474, por correo a **VyndaLink**, PO Box 2212956, Charlotte, NC 28222 o sométalo en línea a www.VyndaLink.com. Si está solicitando el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer, complete y someta también la página 4. De tener preguntas, llame a **VyndaLink** al 1-888-222-8475, lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. hora del este.

Nombre del paciente (Nombre/Inicial/Apellido)* _____ **Fecha de nacimiento del paciente (dd/mm/aaaa)*** _____

3A. Consentimiento del paciente para recibir comunicaciones (Requerido si desea recibir llamadas y otra comunicación)

Al firmar este formulario, estoy de acuerdo en recibir comunicaciones de Pfizer, **VyndaLink**, y/o de otros que actúan en sus nombres para determinar mi elegibilidad y proveer verificación de beneficios, asistencia con la preautorización/apelaciones, recursos de asistencia económica, información y otras Actividades de Apoyo al Paciente (como apoyo en el copago o programas de medicamentos gratis) y para otros propósitos no relacionados con mercadeo. Estoy de acuerdo en que Pfizer, **VyndaLink** y otros que trabajan en sus nombres me contacten para estos propósitos usando autodiscado o voz pregrabada al número(s) de teléfono que he ofrecido. De tener un cuidador, este está también de acuerdo en recibir dichas comunicaciones de Pfizer, **VyndaLink** y/u otros que actúan en sus nombres para los propósitos descritos en lo anterior, y por tanto brinda su permiso para que Pfizer, **VyndaLink** y/o las partes que actúan en sus nombres se comuniquen con este para dichos propósitos al número(s) de teléfono provisto. Entiendo que yo (y mi cuidador, si aplica) puedo optar por dejar de recibir estas comunicaciones en cualquier momento comunicándome con **VyndaLink** al 1-888-222-8475.

Consentimiento para recibir correos electrónicos (Opcional)

- Al marcar este recuadro y proveer mi dirección de correo electrónico, doy mi consentimiento para recibir información del programa, el estado de inscripción, actualizaciones de envío y recordatorios de repeticiones de **VyndaLink** por correo electrónico. Los correos electrónicos serán comunicaciones en una dirección identificados como **VyndaLink** de un correo electrónico que indica "No responder". Puedo dejar de recibir estos correos electrónicos en cualquier momento comunicándome con **VyndaLink** al 1-888-222-8475.

Dirección de correo electrónico: _____

Consentimiento para recibir mensajes de texto (Opcional)

- Al marcar este recuadro y proveer mi número de teléfono móvil, doy mi consentimiento para recibir el estado de inscripción, actualizaciones de envío y recordatorios de repeticiones de medicamentos de **VyndaLink** por mensaje de texto. Recibiré un texto de bienvenida solicitándome que responda SÍ para confirmar. Vea los términos y condiciones para la mensajería móvil en rebrand.ly/dxzxpa y la Política de privacidad de Pfizer en Pfizer.com/privacy. Hasta 10 mensajes/mes. Pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. Envíe el texto AYUDA al 98557 para información y PARAR para dejar de recibir mensajes.

Entre el número que desea inscribir para recibir textos (_____) _____ - _____ .

ESCRIBA AQUÍ

Nombre del paciente (letra de molde)*

FIRME AQUÍ

Firma del paciente*

Fecha*

Escriba el nombre del cuidador (Requerido si usted tiene un cuidador que se estará comunicando con VyndaLink)

FIRME AQUÍ

Firma del cuidador*

Fecha

3B. Aceptación del coordinador de acceso al paciente de Pfizer (Opcional)

Al inscribirse en **VyndaLink**, tiene la opción de que un Coordinador de Acceso al Paciente de Pfizer (CAP) se comunique con usted para ayudarlo a entender sus beneficios del seguro y a conocer el proceso de acceso a su medicamento recetado. Los CAP de Pfizer son empleados de campo de la división de Enfermedades Raras de Pfizer y, si lo decide, estos podrán ayudarle con sus preguntas acerca de cómo tener acceso al medicamento recetado por su médico. Los CAP de Pfizer están muy familiarizados con los requisitos de acceso y reembolso para VYNDAMAX® (tafamidis),¹ y el CAP de Pfizer que se le asigne coordinará con **VyndaLink** y con usted a lo largo del comienzo de la terapia (aunque como quiera tendrá que contactar a **VyndaLink** directamente si busca asistencia económica). Trabajar junto a un CAP de Pfizer es opcional. Aunque decida no optar por este apoyo, puede tener acceso a las actividades de apoyo para el paciente para los cuales es elegible y trabajar con un manejador de caso de **VyndaLink**.

- Al marcar este recuadro, solicito el apoyo del CAP de Pfizer y estoy de acuerdo en recibir comunicaciones telefónicas de parte del CAP de Pfizer asignado a mi caso según se describe en lo anterior. Entiendo que no se requiere mi consentimiento ni una condición de compra de bienes o servicios de Pfizer. Entiendo que puedo decidir dejar de recibir apoyo y comunicaciones de parte del CAP de Pfizer en cualquier momento comunicándome con **VyndaLink** al 1-888-222-8475.

¹Los mismos ofrecimientos de apoyo de **VyndaLink** disponibles para los pacientes con una receta de VYNDAMAX están disponibles para pacientes con una receta de VYNDAQEL® (tafamidis meglumina).

4A. Inscripción en el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer (PAP) (Requerido si está solicitando asistencia económica)

Identifique su estado con el PAP y conteste las preguntas a continuación*:

Solicitante al PAP por primera vez (paciente no asegurado o con seguro gubernamental): Paciente que se reinscribe en el PAP con cambio en su seguro médico:
Mi proveedor o farmacia y yo hemos revisado el copago requerido por mi seguro médico y certifico que no puedo costear este medicamento.

Sí No

Paciente que se reinscribe en el PAP sin cambios en su seguro médico:
Certifico que mis beneficios no han cambiado y no puedo costear el copago requerido por mi seguro médico. Sí No

Nombre del paciente (Nombre/Inicial/Apellido)* _____ **Fecha de nacimiento del paciente (dd/mm/aaaa)*** _____

El Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer provee a los pacientes elegibles sin seguro médico y a los asegurados gubernamentales acceso a su medicamento recetado de Pfizer sin costo. Si no es un asegurado comercial y está solicitando asistencia económica, complete las secciones requeridas en esta página para ser evaluado por la posibilidad de alguna opción de asistencia económica disponible¹. Los pacientes con seguro comercial no son elegibles para el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer. Los pacientes elegibles al PAP, tienen que volver a solicitar anualmente.

Antes de ser evaluado para ver si califica para el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer, puede completarse una búsqueda de recursos de financiación alternativos, si aplica. De encontrarse recursos de fondos alternativos, los pacientes deberán solicitar.

4B. Consentimiento del paciente para los Programas de Asistencia para el Paciente de Pfizer (Solo requerido si solicita para el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer)

La información que provea será utilizada por Pfizer, VyndaLink, Pfizer Patient Assistance Foundation™, y las partes que actúan en sus nombres para determinar elegibilidad, manejar y mejorar los programas de asistencia de Pfizer, comunicarse con usted en relación con su experiencia con los programas de asistencia de Pfizer, ayudarlo a entender la cobertura de su seguro y ayudarlo a tener acceso a medicamentos determinados de Pfizer mediante su seguro y/o para enviarle materiales y otra información útil y actualizaciones relacionadas con los programas de Pfizer.

Declaración del paciente—Al firmar a continuación, certifico que me han recetado el medicamento solicitado para un diagnóstico aprobado por la FDA y no puedo costear mi medicamento, y afirmo que mis respuestas y documentos de evidencia de ingresos están completos, son verdaderos y exactos según mi mejor entendimiento.

Entiendo que: Haber completado este formulario de inscripción no garantiza que calificaré para el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer. Pfizer puede verificar la exactitud de la información que he brindado y puede solicitar más información financiera y del seguro. Cualquier medicamento suministrado por el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer no será vendido, intercambiado, permutado ni transferido. Pfizer se reserva el derecho de cambiar o cancelar el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer, o terminar mi inscripción en cualquier momento. El apoyo ofrecido por este programa no depende de compras futuras. De estar inscrito en un Plan Parte D de Medicare y ser elegible en el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer, Pfizer notificará a mi plan Parte D de mi inscripción en el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer. Si fuese un asegurado comercial, no puedo recibir asistencia de parte del Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer.

Certifico y atesto que si recibo un medicamento brindado por Pfizer mediante el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer: Con prontitud, me comunicaré con el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer de haber algún cambio en mi situación económica o cambios en la cobertura del seguro. No solicitaré que este medicamento ni los costos de este se acrediten a los costos de los desembolsos reales (TrOOP, por sus siglas en inglés) de la Parte D de Medicare para medicamentos recetados. No someteré reclamos, ni solicitaré reembolso ni crédito por el medicamento a mi proveedor de seguro o pagador de medicamentos recetados, incluidos los planes de la Parte D de Medicare. Al firmar a continuación, certifico y reconozco que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con los términos anteriores.

FIRME AQUÍ

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

Fecha* _____

4C. Información financiera del paciente (Requerido - Solo si solicita el programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer)

Esta información es requerida para buscar asistencia de financiación alternativa y verificar la elegibilidad para el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer¹, de estar disponible, y el paciente no tiene seguro o tiene seguro, pero no puede costear su medicamento.

Número total de personas en el hogar (incluido el solicitante)* _____ Ingreso total anual del hogar* \$ _____

Si no desea verificación electrónica de sus ingresos, o si el proceso de verificación electrónica no puede determinar el ingreso del hogar, tiene que someter documentación de apoyo a la información financiera mencionada. Maneras aceptables de documentación de ingreso para los miembros del hogar son:

Declaración de impuestos federal más reciente (Página 1 del formulario IRS 1040) Formulario W-2 Tres talonarios de ingresos más reciente
 Carta de verificación del Seguro Social Otro

4D. Autorización del paciente para la verificación de ingreso electrónica (Opcional - Solo si solicita el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer)

Entiendo que tengo derecho a una copia de esta Autorización a solicitud. Esta Autorización será válida por dos (2) años a partir de la fecha en que se firme este formulario (a menos que la ley especifique un período más corto). Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento enviando una carta solicitando la cancelación a VyndaLink al PO Box 221296, Charlotte, NC 28222, pero que esta cancelación no aplica a ninguna información ya usada o divulgada mediante esta Autorización. Autorización del paciente para Evaluación Financiera: Con mi firma certifico que he leído y entiendo las declaraciones anteriores y que estoy de acuerdo con los términos descritos.

Yo, el solicitante mencionado en lo anterior, entiendo que estoy proveyendo "instrucciones escritas" a Pfizer, VyndaLink, la Pfizer Patient Assistance Foundation™ y las partes que actúan en sus nombres conforme a la Ley de Informe de Crédito Justo (Fair Credit Report Act), que autoriza a VyndaLink a obtener información de mi perfil de crédito u otra información del Experian™ Income ViewSM. Autorizo a Pfizer a obtener dicha información con el único propósito de determinar calificación financiera para el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer. Además, estoy de acuerdo en proveer documentación financiera adicional de forma oportuna, de así solicitarse. Entiendo que tengo que estar afirmativamente de acuerdo con los términos de esta notificación con mi firma a continuación para poder proceder con el proceso de evaluación financiera del Programa de Asistencia para el paciente de Pfizer.

FIRME AQUÍ

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

Si es el representante personal, indique la relación _____

Fecha* _____

¹El Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer es un programa conjunto de Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Pfizer Patient Assistance Foundation™ provee medicamentos gratuitos de Pfizer. Pfizer Patient Assistance Foundation™ es una entidad legal separada de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas. Si tiene un plan Parte D de Medicare y es elegible para el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer, VyndaLink le notificará a su Plan Parte D de su inscripción en el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer.

Para detalles sobre cómo obtenemos y usamos la información personal, incluidos los derechos y notificaciones de privacidad aplicables en los Estados Unidos y estatales para los residentes de California, acceda a www.pfizer.com/privacy. Complete la información requerida y devuelva esta página con el resto del formulario (o con la sección para el paciente si el paciente está sometiendo este formulario de inscripción).

5. Autorización del paciente para compartir información de salud*

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 seguros médicos compartan mi información de salud con Pfizer Inc., Pfizer Patient Assistance Foundation™, afiliadas de Pfizer y sus vendedores (colectivamente, "Pfizer"). Entiendo que mi información de salud incluye información relacionada con mi enfermedad, tratamiento y cubierta de seguro, al igual que mi información de identificación (incluido, por ejemplo, mi nombre, dirección y fecha de nacimiento). Mi información de salud será compartida con Pfizer para que Pfizer pueda proveerme varios apoyos e información para ayudarme a tener acceso a un medicamento de Pfizer, que puede incluir lo siguiente, dependiendo del programa (colectivamente, "Actividades de Apoyo al Paciente"):

- Proveer investigaciones/verificación de beneficios y apoyo en el reembolso, incluido:
 - Asistencia con la identificación de los requisitos de preautorización de mi aseguradora
 - Asistencia con la identificación de los requisitos de mi aseguradora para la apelación de una reclamación denegada
- Determinar mi elegibilidad y ayudarme a tener acceso a programas de apoyo en el copago o de medicamentos gratis
- Enviarme una carta de bienvenida
- Comunicarse con mis proveedores de atención médica acerca de un medicamento de Pfizer y actividades de apoyo al paciente
- Proveerme recursos e información de asistencia económica de ser elegible
- Proveerme materiales de manejo de enfermedades y otro material educativo, que puede incluir enviarme encuestas acerca de mi experiencia con las actividades de apoyo para el paciente de Pfizer

Pfizer puede también usar mi información de salud para propósitos de garantía de calidad y para evaluar y mejorar sus operaciones y servicios.

Entiendo que no tengo que firmar este formulario, y elegir no firmar no afectará mi capacidad para recibir tratamiento de mis proveedores de atención médica o paga de mi seguro médico. Sin embargo, de no firmar

este formulario, el programa **VyndaLink** no podrá proveerme asistencia.

Entiendo que una vez se comparta mi información de salud, esta puede que deje de estar protegida por la ley federal de privacidad. Sin embargo, Pfizer está de acuerdo en proteger mi información de salud y usarla para los propósitos descritos en este formulario o según requerido o permitido por ley. Las farmacias seleccionadas pueden recibir remuneración por parte de Pfizer a cambio de mi información de salud y/o para las Actividades de Apoyo al Paciente que me provean. Entiendo que este formulario estará vigente por cuatro (4) años a partir de la fecha en que lo firme a menos que provea notificación escrita de que deseo retirar mi aprobación para compartir mi información de salud antes. Si deseo retirar mi aprobación, puedo comunicarme con mi médico o con **VyndaLink** al PO Box 221296, Charlotte, NC 28222, de lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. hora del este. Este retiro no afectará el uso ni la información de salud compartida que ocurriera antes del retiro de mi aprobación. Entiendo que puedo recibir una copia de este formulario.

Además, doy mi permiso para recibir comunicaciones de Pfizer, **VyndaLink** y las partes que actúan en sus nombres, incluidas llamadas hechas con auto discado o voz pregrabada al número(s) de teléfono provisto para determinar mi elegibilidad y proveer verificación de beneficios, asistencia en las preautorizaciones/apelaciones y recursos e información de asistencia económica, como programas de apoyo en el copago o de medicamentos gratis, y para otros propósitos aparte de mercadeo. De tener un cuidador, este también está de acuerdo en recibir dichas comunicaciones de Pfizer, **VyndaLink** y/o las partes que actúan en sus nombres para los propósitos descritos con anterioridad a los números de teléfono provistos, y el cuidador otorga su permiso para que Pfizer, **VyndaLink** y/o las partes que actúan en sus nombres se comuniquen con este para dichos propósitos. Entiendo que puedo (y, si aplica, mi cuidador) optar por dejar de recibir estas comunicaciones en cualquier momento comunicándome con VyndaLink al 1-888-222-8475, de lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. hora del este.

ESCRIBA AQUÍ	FIRME AQUÍ	
Nombre del paciente* (en letra de molde)	Firma del paciente *	Fecha*
ESCRIBA AQUÍ	FIRME AQUÍ	
Nombre del cuidador/Representante del paciente autorizado (en letra de molde)	Firma del cuidador/Representante del paciente autorizado	Relación con el paciente

(Esta sección debe ser completada por un Proveedor de Atención Médica o Médico/Recetador Certificado)

Complete la información requerida en las páginas 6, 7, 8 y 9 para la inscripción del PAM e información de la receta, en las páginas 2-5 en nombre del paciente, según sea necesario. Envíe por fax al 1-888-878-8474, por correo a **VyndaLink**, PO Box 221296, Charlotte, NC 28222 o someta en línea a www.VyndaLinkPortal.com. De tener preguntas, llame a **VyndaLink** al 1-888-222-8475, de lunes a viernes, 8 a.m.-8 p.m. hora del este.

Nombre del paciente (Nombre/Inicial/Apellido)* _____ Fecha de nacimiento del paciente (dd/mm/aaaa)* _____

6A. Tipo de Inscripción del Proveedor de Atención Médica

Servicios solicitados* (Escoja los servicios deseados para su paciente.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verificación de beneficios, Preautorización (PA)/Asistencia con apelaciones (si aplica) | <input type="checkbox"/> Solo para inscripción en el Programa de Ahorros en el Copago de VYNDAMAX® (tafamidis) [†] |
| <input type="checkbox"/> Inscripción nueva en el Programa de Asistencia para el Paciente (PAP) ^{‡§} | <input type="checkbox"/> Reinscripción en el Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer (PAP) [‡] |
| <input type="checkbox"/> Paciente sin seguro [§] | <input type="checkbox"/> Reinscripción sin cambio en el seguro |
| <input type="checkbox"/> Paciente con seguro gubernamental [§] | <input type="checkbox"/> Reinscripción con cambio en el seguro [§] |
| (Complete los campos requeridos en la sección 6A-1.) | (Complete los cambios requeridos en la sección 6A-1.) |

6A-1. Información para la Inscripción en PAP del Proveedor de Atención Médica

La información a continuación es requerida SOLO para pacientes de nueva inscripción en PAP con seguro gubernamental O pacientes que se reinscriben en PAP con cambio en el seguro.)

¿Entiende su paciente su copago requerido y le ha comunicado este directamente a usted su incapacidad para costear este copago?* Sí No

¿Está el medicamento de Pfizer de su paciente cubierto por seguro médico o de medicamentos recetados?* Sí No No sé

¿Cuánto es la cantidad de copago según verificado por el proveedor de farmacia especializada (PFE)?* _____ No sé

Nombre del PFE* _____ Número telefónico del PFE* _____

Fecha de inicio de la preautorización/predeterminación (dd/mm/aaaa)* _____ Fecha de terminación (dd/mm/aaaa)* _____

Número de preautorización* _____ El pagador no requiere PA

Vea las secciones 4A-4D para la información, los requisitos y consentimientos del paciente de PAP. Repase con su paciente e instrúyalo a completar las secciones 4A-4D si está solicitando PAP.

6B. Identificación del Proveedor de Atención Médica

Nombre del PAM (Nombre/Inicial/Apellido)* _____ Especialidad del PAM _____

Nombre de la oficina/institución* _____ Dirección* _____

Pueblo* _____ Estado* _____ Código postal _____

NPI* _____ # ID impuestos grupal _____ # Licencia estatal _____ # DEA _____

Fax* _____ Correo electrónico _____

Nombre del contacto en la oficina* _____ Teléfono del contacto en la oficina* _____

Si hay un tercero que ofrece apoyo para la inscripción del paciente para el PAM: Nombre de la empresa del tercero* _____

Nombre del contacto del tercero* _____ Teléfono del contacto del tercero* _____

[†]Los mismos ofrecimientos de apoyo de **VyndaLink** disponibles para pacientes con una receta de VYNDAMAX pueden estar disponibles para pacientes con una receta de VYNDAMAX (tafamidis meglumina). Ciertas restricciones aplican.

[‡]El Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer es un programa conjunto de Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Pfizer Patient Assistance Foundation™ provee medicamentos gratuitos de Pfizer. Pfizer Patient Assistance Foundation™ es una entidad legal separada de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.

[§]Para toda inscripción nueva en PAP o reinscripciones en PAP de pacientes con cambio en el seguro, los PAM deben enviar la receta de VYNDAMAX al proveedor de farmacia especializada (PFE) para una verificación de beneficios/prueba de reclamo para conocer la responsabilidad de copago del paciente. Se debe notificar al paciente del copago requerido y que este exprese directamente su incapacidad para costearlo antes de solicitar asistencia económica por medio de **VyndaLink**.

(Esta sección debe ser completada por un Proveedor de Atención Médica o Médico/Recetador Certificado)

Complete la información requerida en las páginas 6, 7, 8 y 9 para la inscripción del PAM e información de la receta, en las páginas 2-5 en nombre del paciente, según sea necesario. Envíe por fax al 1-888-878-8474, por correo a **VyndaLink**, PO Box 221296, Charlotte, NC 28222 o someta en línea a www.VyndaLinkPortal.com. De tener preguntas, llame a **VyndaLink** al 1-888-222-8475, de lunes a viernes, 8 a.m.-8 p.m. hora del este.

Nombre del paciente (Nombre/Inicial/Apellido)* _____ **Fecha de nacimiento del paciente (dd/mm/aaaa)*** _____


7A. Certificación del Proveedor de Atención Médica

Entiendo que completar este formulario de inscripción no garantiza que se proveerá asistencia a mi paciente. Recibiré y aseguraré el medicamento de mi paciente en mi oficina hasta entregárselo a mi paciente, cuando aplique. Si aplica, cumpliré y me acogeré a las leyes de dispensación estatales para recetadores autorizados. Cualquier medicamento suministrado por Pfizer como resultado de este formulario de inscripción es para el uso exclusivo del paciente indicado en este formulario y no será vendido, intercambiado, permutado, transferido, devuelto para crédito ni sometido a terceros (como Medicare, Medicaid ni otro proveedor de beneficios) para reembolso. Solo se proveerá el medicamento a este paciente elegible e inscrito sin ningún tipo de costo. La información que se provee en este formulario de inscripción está sujeta a auditorías y verificaciones aleatorias. Pfizer pudiera cambiar o cancelar este programa en cualquier momento; Pfizer también se reserva el derecho a terminar la inscripción de mi paciente en cualquier momento.

7B. HIPAA y Consentimiento del Proveedor de Atención Médica para Recibir Comunicaciones

Con mi firma, certifico que he obtenido todas las autorizaciones y consentimientos del paciente o del representante personal autorizado del paciente necesarios de conformidad con HIPAA y la ley estatal para la divulgación de información de salud protegida, incluida aquella contenida en este formulario, a Pfizer y sus empleados o agentes para los propósitos relacionados con los programas de apoyo para el paciente de Pfizer, incluida la asistencia del paciente con la verificación de beneficios, asistencia con la preautorización/apelaciones, recursos de asistencia económica y otras Actividades de Apoyo para el Paciente, como apoyo en el copago y programas de medicamentos gratuitos, para los cuales el paciente pueda ser elegible y otro apoyo para el paciente para el(los) medicamento(s) de Pfizer recetado.

Certifico que he obtenido el consentimiento del paciente y/o del cuidador del paciente para que Pfizer, **VyndaLink** y las partes que actúan en sus nombres puedan contactarlos usando autodiscado o voz pregrabada al número telefónico que se provee en relación con los propósitos descritos anteriormente y para propósitos aparte de mercadeo. Además, doy mi permiso para recibir llamadas relacionadas con estos servicios de Pfizer, **VyndaLink** y las partes que actúan en sus nombres, incluidas llamadas hechas con autodiscado o voz pregrabada al número provisto.

 <hr/> <p>Firma del PAM*</p>	<hr/> <p>Fecha*</p>
<hr/> <p>Dirección de correo electrónico del PAM (Si prefiere la firma electrónica, entre su dirección de correo electrónico aquí y le enviaremos un correo electrónico con el enlace para completarlo)</p>	

(Esta sección debe ser completada por un Proveedor de Atención Médica o Médico/Recetador Certificado)

Complete la información requerida en las páginas 6, 7, 8 y 9 para la inscripción del PAM e información de la receta, en las páginas 2-5 en nombre del paciente, según sea necesario. Envíe por fax al 1-888-878-8474, por correo a **VyndaLink**, PO Box 221296, Charlotte, NC 28222 o someta en línea a www.VyndaLinkPortal.com. De tener preguntas, llame a **VyndaLink** al 1-888-222-8475, de lunes a viernes, 8 a.m.-8 p.m. hora del este.

Nombre del paciente (Nombre/Inicial/Apellido)* _____ Fecha de nacimiento del paciente (dd/mm/aaaa)* _____

8A. Información de la receta* (Complete los recuadros e incluya la receta al solicitar una verificación de beneficios o asistencia por medio del Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer [PAP], Interim Care o transferencia a una farmacia especializada.)

Código de diagnóstico primario de ICD-10* _____ Código de diagnóstico secundario de ICD-10 _____

Observación: El diagnóstico del paciente tiene que ser para una indicación aprobada para ser evaluado para el PAP.

Alergias a medicamentos: No Sí [Si es sí, indique los medicamentos y la reacción provocada]: _____

Medicamentos concurrentes del paciente: _____

Otros padecimientos conocidos: _____

8B. Información de la receta

Haga una marca en el medicamento recetado e indique la concentración y la cantidad. Provea las instrucciones completas e información de la dosificación a continuación.

<p>Receta</p> <p><input type="checkbox"/> VYNDAMAX 61 mg: Una cápsula oral de 61 mg de tafamidis, una vez al día; Cantidad #30 cápsulas (30 días)</p> <p>Repeticiones # _____</p>	<p>Programa Interim Care (para pacientes elegibles, nuevos en terapia, con seguro comercial o un programa de seguro federal)</p> <p>De ser elegible, puede proveerse VYNDAMAX gratis de ocurrir un retraso en el proceso de determinación de cubierta. Aplican límites, términos y condiciones.[†] Además, el paciente puede recibir cubierta por hasta 60 días si es elegible para repeticiones</p> <p>Receta</p> <p><input type="checkbox"/> VYNDAMAX 61 mg: Una cápsula oral de 61 mg de tafamidis, una vez al día; Cantidad #30 cápsulas (30 días)</p> <p>Repeticiones # _____</p>	<p>Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer (solo para pacientes elegibles sin seguro y con seguro gubernamental)</p> <p>Los pacientes deben volver a solicitar anualmente. Aplican límites, términos y condiciones.[‡]</p> <p>Receta</p> <p><input type="checkbox"/> VYNDAMAX 61 mg: Una cápsula oral de 61 mg de tafamidis, una vez al día; Cantidad #30 cápsulas (30 días)</p> <p>Repeticiones # _____</p>
--	--	--

8C. Firma de la receta (Requerido si solicita asistencia por medio del Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer, Interim Care o transferencia a una farmacia especializada. No se permiten sellos.)

Observación: Los médicos de Nueva York tienen que enviar receta electrónica. Envíe las recetas electrónicas a AmeriPharm (Número de NPI – 1073692745; número NCPDP – 4351968) o MedVantx en farmacias al detal (Número de NPI – 1235371535; número NCPDP – 4354180) se enviarán al mismo lugar.

Certifico que soy el profesional de atención médica que ha recetado la terapia identificada en este formulario. Además, certifico que, conforme a un juicio independiente, la terapia anterior es médicamente necesaria y que la información brindada en este formulario es precisa a mi mejor conocimiento. Autorizo a Pfizer y a sus afiliadas, agentes, representantes y proveedores de servicio a actuar en mi nombre para los propósitos de transmitir esta receta a la farmacia apropiada.

<p>FIRME AQUÍ</p> <p>_____ Firma del recetador* Dispense según escrito / La marca es medicamento necesaria / No sustituir / DAW / no se puede sustituir</p>	<p>_____ Fecha*</p>
<p>FIRME AQUÍ</p> <p>_____ Firma del recetador* Se puede sustituir / Se permite la selección de productos / Sustitución / Permisible</p>	<p>_____ Fecha*</p>
<p>CA, MA, NC Y PR El intercambio es obligatorio a menos que el recetador escriba las palabras "No sustituir" / Att: Proveedores de Nueva York y Iowa, sometan receta electrónica</p>	

Dirección de correo electrónico del PAM (Provea si la firma es electrónica) _____

[†] Vea términos y condiciones en la página 9.

[‡] El Programa de Asistencia para el Paciente de Pfizer es un programa conjunto de Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Pfizer Patient Assistance Foundation™ provee medicamentos gratuitos de Pfizer. Pfizer Patient Assistance Foundation™ es una entidad legal separada de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.

Pase a la próxima página para continuar completando la sección para el Proveedor de Atención Médica del formulario de inscripción.

(Esta sección debe ser completada por un Proveedor de Atención Médica o Médico/Recetador Certificado)

VyndaLink Interim Care†

El programa Interim Care puede proveer a pacientes nuevos, elegibles con hasta 60 días de envío gratis de VYNDAMAX® (tafamidis) directamente a los pacientes (o a su PAM en caso de medicamentos aplicados por el médico) que hayan completado una receta de VYNDAMAX en el programa Interim Care (página 8) y que han presentado un retraso en la determinación de cubierta de 5 días laborables o más a partir de haber sometido una preautorización o apelación directamente al asegurador del paciente.

Para pacientes con un plan Parte D de Medicare y elegibles para el programa Interim Care de VYNDAMAX, **VyndaLink** le notificará al plan Parte D de la inscripción del paciente en el programa Interim Care.

Observación: Debe completarse la sección de la receta en Interim Care en la página 8, sección 8B.

Para Proveedores de Atención Médica (Los campos marcados con * son requeridos.)

Nombre del paciente (Nombre/Inicial/Apellido)* _____ **Fecha de nacimiento del paciente (dd/mm/aaaa)*** _____

9. Reconocimiento del Recetador de los Términos y Condiciones del Programa Interim Care* (Requerido si solicita Interim Care)

Fecha en que se sometió la autorización/apelación al seguro del paciente _____

Términos y condiciones del programa Interim Care

- Interim Care no es un seguro médico y solo está disponible para pacientes elegibles con seguro comercial o en un programa de seguro federal.
- La oferta está solo disponible para pacientes nuevos en la terapia (excluida cualquier participación en un estudio clínico) con una receta válida y un diagnóstico aprobado para VYNDAMAX.
- Interim Care es solo para pacientes nuevos cuya autorización y/o apelación se ha solicitado/sometido al seguro del paciente y han presentado un retraso en la determinación de cubierta de al menos 5 días laborables a partir de haber sometido una preautorización o apelación directamente al seguro del paciente.
- Ni el paciente, la farmacia ni ningún otro que actúe en nombre del paciente puede someter un reclamo de reembolso por el producto despachado de conformidad con el programa Interim Care a terceros, incluidos Medicare, Medicaid ni otro programa de salud federal o estatal. Los gastos del desembolso incurridos al usar este programa no pueden aplicarse al hacer los cálculos para los costos del desembolso de un beneficio de seguro gubernamental, como costos de desembolsos reales (TrOOP) de la Parte D de Medicare.
- Este programa no puede combinarse con otras ofertas de ahorro, muestras gratis o similares para la receta especificada.
- El producto provisto por el programa Interim Care es gratuito y el paciente no debe recibir una factura de nadie por este producto.
- Si el paciente está inscrito en un plan de la Parte D de Medicare, debe proveer la dirección del plan para poder ser elegible para el programa Interim Care.
- Disponible para un abasto de 30 días. Las repeticiones están sujetas a limitaciones.
 - Para ser elegible para una repetición adicional de 30 días, el paciente debe estar solicitando activamente cobertura de su seguro en espera de una decisión de preautorización/apelación. Interim Care para VYNDAMAX no puede exceder de 60 días para ningún paciente.
- La oferta de Interim Care no requiere, ni dependerá de requisitos de compra de ningún tipo.
- Pfizer se reserva el derecho de enmendar, rescindir o discontinuar este programa en cualquier momento sin aviso.
- Interim Care solo puede despacharse por la farmacia exclusiva y solo después de haber completado una investigación de beneficios y que haya ocurrido un retraso en el proceso de preautorización o apelación.
- La oferta es solo válida en los EE.UU. y Puerto Rico.
- Debe proveerse una receta de un proveedor de atención médica certificado en los EE.UU. o Puerto Rico.
- Pueden aplicar otros criterios de elegibilidad. Contacte a **VyndaLink** para los detalles.

Confirmando que mi paciente es nuevo en la terapia de VYNDAMAX y actualmente está pendiente de una autorización/apelación de su asegurador de yo haber brindado la fecha de la solicitud de autorización y/o apelación en lo anterior.

Doy fe de la exactitud de la información brindada en este formulario, incluida la fecha en que se sometió la solicitud de autorización/apelación al asegurador del paciente para solicitar cubierta para VYNDAMAX de haberse completado.

Estoy de acuerdo con los términos y condiciones del programa Interim Care y doy fe de que no someteré ningún reclamo de reembolso de un producto dispensado conforme al programa Interim Care a un tercero pagador, incluidos Medicare, Medicaid ni otro programa de salud federal o estatal. Los gastos del desembolso incurridos al usar este programa no pueden aplicarse al hacer los cálculos para los costos del desembolso de un beneficio de seguro gubernamental, como costos de desembolsos reales (TrOOP) de la Parte D de Medicare.

FIRME AQUÍ

Firma del recetador*

Fecha*

†Los mismos ofrecimientos de apoyo de **VyndaLink** disponibles para pacientes con una receta de VYNDAMAX pueden estar disponibles para pacientes con una receta de VYNDAQEL® (tafamidis meglumina).