

# Formulario de Inscripción de VyndaLink

Complete este formulario y envíelo por fax al 1-888-878-8474, complételo en línea en [www.VyndaLinkPortal.com](http://www.VyndaLinkPortal.com), o por correo a **VyndaLink** al PO Box 221296, Charlotte, NC 28222.

Los pacientes pueden someter las porciones de autorización de este formulario en línea mediante eSign visitando **VyndaLink.com**.

De tener preguntas, llame al 1-888-222-8475, lunes a viernes, 8 am – 8 pm hora del este.

**Para los detalles de cómo obtenemos y usamos la información personal, incluidos los derechos y notificaciones de privacidad estatales aplicables a los Estados Unidos para residentes de California, visite [www.pfizer.com/privacy](http://www.pfizer.com/privacy).**

Al inscribirse en el programa **VyndaLink** los pacientes recibirán varias maneras de apoyo e información para ayudarlos a tener acceso a VYNDAMAX® (tafamidis), que puede incluir los siguientes, dependiendo del programa (colectivamente, "actividades de apoyo al paciente"):

- Proveer investigación/verificación de beneficios y apoyo en el reembolso, incluida asistencia con la identificación de los requisitos de la aseguradora del paciente de preautorización y apelación de una reclamación denegada
- Determinar la elegibilidad del paciente y su acceso a programas de apoyo en el copago o de medicamentos gratis
- Comunicarse con los proveedores de atención médica acerca de las actividades de apoyo al paciente de VYNDAMAX
- Proveerles a los pacientes recursos e información de asistencia económica de ser elegibles
- Proveerles a los pacientes materiales del manejo de enfermedades y otro material educativo, al igual que información acerca de productos, servicios y programas de Pfizer (que puede incluir encuestas acerca de la experiencia del paciente con productos, servicios y programas de Pfizer)



## LISTA DE COTEJO DE INSCRIPCIÓN PARA PACIENTES

- Complete todas las secciones **requeridas** marcadas con un asterisco\* en las páginas 2-5
- Si está buscando asistencia económica, complete la información financiera en la sección 3, firme la sección 4 y autorice la verificación de ingreso electrónica en la sección 4A (opcional, pero puede reducir el tiempo de revisión de la solicitud). Si no desea la verificación de ingreso electrónica, es necesario que anexe documentación de su ingreso anual total, como declaración de impuestos federales, W-2 u otros
  - Si está sometiendo una declaración de impuestos, incluya solo la página 1 del formulario IRS 1040
- Provea copias por ambos lados de su tarjeta(s) del seguro y medicamentos recetados. Si está inscrito en Medicare, provea copia de sus tarjetas de seguro médico y farmacia
- Asegúrese de firmar y fechar el Consentimiento para Recibir Comunicaciones (sección 5) y la Autorización del paciente para compartir información de salud (sección 7). De interesarle el Ingreso en el Coordinador de Acceso del Paciente de Pfizer, vea la sección 6A. Para el Ingreso en el Navegador de Apoyo del Paciente de **VyndaLink** vea la sección 6B
- De tener un cuidador que se comunicará con **VyndaLink**, este debe completar y firmar su porción en las secciones 5 y 7
- Haga una fotocopia de su formulario de inscripción, ya que este no será devuelto
- Pídale a su médico que complete, firme y someta la porción para el proveedor de atención médica del formulario (secciones 8-12)



## LISTA DE COTEJO DE INSCRIPCIÓN PARA PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA

- Complete todas las secciones **requeridas** marcadas con un asterisco\* en las páginas 6-8
  - Provea Información de la receta, incluidas las Indicaciones/ Instrucciones de la dosificación en la sección 9
  - Revise y firme el Consentimiento y Firma del Proveedor de Atención Médica en la sección 10
  - Revise y firme el formulario de HIPAA para el Proveedor de Atención Médica y la Atestación de la Ley de protección al consumidor de servicios telefónicos (TCPA, por sus siglas en inglés) en la sección 11
- Complete la receta y los consentimientos del programa Interim Care en las páginas 6-8 si su paciente necesita asistencia mediante el programa Interim Care
- Indique al paciente que revise y firme el formulario de inscripción y el formulario de Autorización del paciente para compartir información de salud personal
  - Retenga el formulario original firmado en el expediente del paciente y provéale una copia al paciente
  - No se requieren los expedientes médicos; no los incluya en el fax
- Asegúrese de completar todos los campos requeridos
- Envíe por fax el formulario de inscripción completado, incluido el formulario de Autorización del paciente para compartir información de salud personal firmado, al 1-888-878-8474

**De tener preguntas, llame al 1-888-222-8475, lunes-viernes, 8 am-8 pm hora del este.**

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE **VyndaLink** : PACIENTE



Complete este formulario y sométalo junto con copias por ambos lados de las tarjetas del seguro del paciente. Puede enviarlo por fax al 1-888-878-8474 o por correo a **VyndaLink** al PO Box 221296, Charlotte, NC 28222. De tener preguntas, llame al 1-888-222-8475, lunes-viernes, 8 am-8 pm hora del este.

**Para pacientes** Los campos marcados con \* son **requeridos**.

1. Información del paciente			
Nombre (Nombre, Inicial, Apellido)*		Género* <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)*	Correo electrónico		
Dirección física*			
Pueblo*		Estado*	Código postal*
Teléfono primario*	Teléfono celular	<input type="checkbox"/> Acepto que se deje mensaje	Idioma de preferencia
2. Información del seguro (Incluya copia por ambos lados de su tarjeta(s) del seguro y medicamentos recetados.)			
<input type="checkbox"/> Marque aquí si el paciente <b>no</b> tiene seguro <input type="checkbox"/> Marque aquí si el paciente tiene seguro secundario			
Nombre del seguro primario*			
Número de teléfono del seguro primario*		# Póliza/Grupo*	
Nombre del tenedor de la póliza primaria (Nombre, Inicial, Apellido) (si no es el paciente)*			
Fecha de nacimiento del tenedor de la póliza primaria (dd/mm/aaaa)*		Relación del tenedor de la póliza primaria con el paciente	
¿Está cubierto <b>VYNDAMAX</b> ® (tafamidis)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé Si es sí, ¿cuál es la cantidad del copago? <input type="checkbox"/> No sé			
Nombre del seguro de medicamentos recetados* (si aplica)			
# Póliza*	# Grupo*	#Bin de la Rx*	
Si el paciente es un asegurado de un plan para medicamentos recetados de Medicare, incluya la dirección completa del plan <sup>†</sup> :			

3. Información financiera del paciente* Esta información es <b>requerida</b> para buscar fondos alternos de apoyo y verificar la elegibilidad para el Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer <sup>†</sup> , según sea apropiado. Si está solicitando recursos de asistencia económica, tiene que leer y firmar la sección 4 en la próxima página. De no completar esta sección, <b>VyndaLink</b> no podrá evaluar los recursos de asistencia económica para los cuales puede ser elegible.	
Número total de personas en el hogar (incluido el solicitante)	Ingreso anual total del hogar \$
Si no desea verificación electrónica de sus ingresos, tiene que someter documentación de apoyo a la información financiera mencionada. Se aneja: <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos federal más reciente <input type="checkbox"/> Formulario W-2 <input type="checkbox"/> Otro	

<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™ provee medicamentos gratuitos de Pfizer. Pfizer Patient Assistance Foundation™ es una entidad legal separada de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.

<sup>‡</sup>Si tiene un plan Medicare Parte D y es elegible para el programa Interim Care de **VyndaLink**, **VyndaLink** le notificará a su Plan Parte D de su inscripción en el programa Interim Care.

**Vea la próxima página para continuar completando la sección para el paciente del formulario de inscripción.**

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE **VyndaLink** : PACIENTE



Complete este formulario y sométalo junto con copias por ambos lados de las tarjetas del seguro del paciente. Puede enviarlo por fax al 1-888-878-8474 o por correo a **VyndaLink** al PO Box 221296, Charlotte, NC 28222. De tener preguntas, llame al 1-888-222-8475, lunes-viernes, 8 am-8 pm hora del este.

**Para pacientes** Los campos marcados con \* son **requeridos**.

## 4. Consentimiento del paciente para los programas de asistencia al paciente de Pfizer\* (Requerido si entró información financiera en la sección 3.)

La información que provea será usada por Pfizer Inc. ("Pfizer"), Pfizer Patient Assistance Foundation™ y las partes que actúan en sus nombres para determinar elegibilidad, manejar y mejorar el Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer, 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 a los programas de Pfizer.

**Declaración del paciente**—Al firmar a continuación, certifico que no puedo costear mi medicamento, y afirmo que mis respuestas y documentos de prueba de ingreso son completos, certeros y exactos a mi mejor conocimiento. **Entiendo que:** Completar este formulario de inscripción no garantiza que calificaré para el Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer. Pfizer puede verificar la exactitud de la información que he provisto y puede solicitar información financiera y de seguro adicional. Cualquier medicamento suplido por el Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer no será vendido, intercambiado, permutado ni transferido. Pfizer se reserva el derecho de cambiar o cancelar el Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer o terminar mi inscripción en cualquier momento. El apoyo brindado mediante este programa no depende de compras futuras. De estar inscrito en un Plan de Medicare Parte D y ser elegible para el Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer, Pfizer le notificará a mi Plan Parte D de mi inscripción en el Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer.

**Certifico y doy fe de que si recibo medicamento(s) provisto por Pfizer mediante el Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer:** Me comunicaré con prontitud con el Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer si cambia mi condición económica o cubierta de seguro. No buscaré que este medicamento ni que ningún costo de este cuenta para mis desembolsos de la Parte D de Medicare de medicamentos recetados. No someteré reclamos ni solicitaré reembolso ni crédito por el medicamento(s) de mi proveedor de seguro de medicamentos recetados o pagador, incluidos los planes de Medicare Parte D. Notificaré a mi proveedor de seguro de haber recibido cualquier medicamento mediante el Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer. Tengo una copia firmada de un formulario de Autorización de HIPAA actualizado y completado en el expediente de mi médico para que mi médico pueda compartir mi información de salud con el Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer, Pfizer y Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc.

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

Fecha\*

Firme aquí

## 4A. Autorización del paciente para verificación de ingreso electrónica (Opcional, pero puede reducir el tiempo de revisión de la solicitud)

Yo, el solicitante mencionado anteriormente, entiendo que estoy proveyendo "instrucciones escritas" a Pfizer Inc. según la Ley de Informe de Crédito Justo (Fair Credit Report Act), que autoriza a Pfizer Inc. a obtener información de mi perfil de crédito u otra información del Experian Income View. Autorizo a Pfizer Inc. a obtener dicha información con el único propósito de determinar calificación financiera para el Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer. Además, estoy de acuerdo en proveer documentación financiera adicional de forma oportuna, de así solicitarse. 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 firme este formulario (a menos que la ley determine un periodo más corto). Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando por correo una carta solicitando dicha cancelación al PO Box 220158, Charlotte, NC 28222, pero esta cancelación no aplica a información ya sometida en uso o divulgada mediante esta autorización.

Autorización del paciente para evaluación financiera: Con mi firma certifico que he leído y entiendo las declaraciones anteriores, y estoy de acuerdo con los términos definidos.

Firma del paciente (Paciente o representante personal del paciente)

Fecha

Firme aquí

Ve la próxima página para continuar completando la sección para el paciente del formulario de inscripción.

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE **VyndaLink** : PACIENTE

Complete este formulario y sométalo junto con copias por ambos lados de las tarjetas del seguro del paciente. Puede enviarlo por fax al 1-888-878-8474 o por correo a **VyndaLink** al PO Box 221296, Charlotte, NC 28222. De tener preguntas, llame al 1-888-222-8475, lunes-viernes, 8 am-8 pm hora del este.



**Para pacientes** Los campos marcados con \* son **requeridos**.

## 5. Consentimiento del paciente para recibir comunicaciones\* (Requerido si desea recibir llamadas telefónicas y otras comunicaciones)

Al firmar este formulario, estoy de acuerdo en recibir comunicaciones de Pfizer, **VyndaLink** y/o las partes que actúan en sus nombres para determinar mi elegibilidad y proveer verificación de beneficios, asistencia con las preautorizaciones/apelaciones y recursos e información de asistencia económica, como programas de apoyo en el copago o de medicamentos gratuitos, y para otros propósitos aparte de mercadeo. Estoy de acuerdo en que Pfizer, **VyndaLink** o las partes que trabajan en sus nombres se comuniquen conmigo para estos propósitos usando auto discado o voz pregrabada al número(s) de teléfono provisto. 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 anteriormente, 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.

Nombre del paciente (letra de molde)\*

Escriba aquí

Firma del paciente\*

Firme aquí

Fecha\*

## Para el cuidador del paciente\* (Requerido si usted tiene un cuidador que se estará comunicando con **VyndaLink**)

Nombre del cuidador (letra de molde)\*

Escriba aquí

Teléfono del cuidador

Firma del cuidador\*

Firme aquí

Fecha\*

## 6A. 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, le ayudará 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), 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 los programas de apoyo al 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.

## 6B. Aceptación del navegador de apoyo al paciente de **VyndaLink** (Opcional)

**VyndaLink** ofrece apoyo al paciente personalizado a través de Navegadores de Apoyo al Paciente (Patient Support Navigators). Puede hablar con los Navegadores de Apoyo al Paciente de **VyndaLink** para obtener recursos que pueden ayudarlo en su vida diaria. Su Navegador de Apoyo al Paciente puede proveer información acerca de su enfermedad, el medicamento VYNDAMAX® (tafamidis), consejos de vida sana, asistencia económica e inscripción durante el periodo de inscripción abierta de Medicare. Los Navegadores de Apoyo al Paciente pueden también conectarlo con organizaciones independientes que proveen servicios, como transportación para citas relacionadas con su tratamiento. Estos ofrecimientos pueden variar según el medicamento recetado. Para optar entrar en este programa, marque el recuadro a continuación.

- Al marcar este recuadro, solicito el apoyo de los Navegadores de Apoyo al Paciente y estoy de acuerdo en recibir comunicaciones de Pfizer, **VyndaLink** y/o las partes que actúan en sus nombres, incluido, pero sin limitarse a llamadas auto discadas y pregrabadas al número de teléfono que se provee. Estas comunicaciones pueden incluir, por ejemplo, ofertas, recursos y otro apoyo, como los descritos anteriormente. Entiendo que no se requiere mi consentimiento ni una condición de compra de bienes o servicios de Pfizer. Entiendo que puedo optar por dejar de recibir estas comunicaciones en cualquier momento comunicándome con **VyndaLink** al 1-888-222-8475.

Vea la próxima página para continuar completando la sección del paciente del formulario de inscripción.

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE **VyndaLink** : PACIENTE



Complete este formulario y sométalo junto con copias por ambos lados de las tarjetas del seguro del paciente. Puede enviarlo por fax al 1-888-878-8474 o por correo a **VyndaLink** al PO Box 221296, Charlotte, NC 28222. De tener preguntas, llame al 1-888-222-8475, lunes-viernes, 8 am-8 pm hora del este.

*Para los detalles de cómo obtenemos y usamos la información personal, incluidos los derechos y notificaciones de privacidad estatales aplicables a los Estados Unidos para residentes de California, visite [www.pfizer.com/privacy](http://www.pfizer.com/privacy).*

Los campos marcados con \* son **requeridos**.

## 7. 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 aseguradoras de salud compartan mi información de salud con Pfizer Inc., Pfizer Patient Assistance Foundation, afiliadas de Pfizer y sus vendedores y socios (colectivamente, "Pfizer"). Entiendo que mi información de salud incluye información relacionada a 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 su aseguradora
  - Asistencia con la identificación de los requisitos de su 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 un dispositivo y kit de inicio (si es apropiado)
- 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, al igual que información acerca de productos, servicios y programas de Pfizer, y puede incluir enviarme encuestas acerca de mi experiencia con los productos, servicios y programas de Pfizer

Pfizer puede también usar mi información de salud para propósitos de garantía de calidad y para evaluar y mejorar nuestras 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 aseguradora de

salud. 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 o de que vuelva a ser divulgada. 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 o al 1-888-222-8475. 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 anteriormente, 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.

Nombre del paciente o representante autorizado del paciente\*  
(en letra de molde)

Firma del paciente o representante autorizado del paciente\*

Escriba aquí

Firme aquí

Relación con el paciente\*

Fecha\*

Nombre del cuidador (letra de molde)

Escriba aquí

Firma del cuidador

Fecha

Firme aquí

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE **VyndaLink**: PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (PAM)



Complete este formulario y sométalo junto con copias por ambos lados de las tarjetas del seguro del paciente. Puede enviarlo por fax al 1-888-878-8474 o por correo a **VyndaLink** al PO Box 221296, Charlotte, NC 28222. De tener preguntas, llame al 1-888-222-8475, lunes-viernes, 8 am-8 pm hora del este.

<b>INSTRUCCIONES ESPECIALES</b>	<input type="checkbox"/> PAP solamente (Complete las Secciones 2 y 3 incluida la cantidad de copago al solicitar PAP solamente)
---------------------------------	---

Los campos marcados con \* son requeridos.

## 8. Información del proveedor de atención médica

Nombre del PAM (Nombre, Inicial, Apellido)*		Nombre de la Oficina /Institución*		Especialidad*	
Dirección física*		Pueblo*		Estado*	Código postal*
Teléfono*	Fax*	# NPI *		Licencia Estatal #*	
Nombre del contacto en la oficina*		Teléfono de contacto en la oficina*		Correo electrónico	

## 9. Información de la receta\* (Requerido. Complete los recuadros e incluya la receta para solicitar una verificación de beneficios, Interim Care o un programa de asistencia al paciente de Pfizer).

Nombre del paciente (Nombre, Inicial, Apellido)*		Fecha de nacimiento del paciente (dd/mm/aaaa)*	
<input type="checkbox"/> Doy fe de que el diagnóstico de mi paciente fue confirmado.		Incluya el tipo de prueba diagnóstica:	
Código de diagnóstico primario de ICD-10* (Provea el código ICD-10)		Código de diagnóstico secundario de ICD-10	
<input type="checkbox"/> Confirmando que a mi paciente se le ha recetado VYNDAMAX para el tratamiento de ATTR-CM.			
<input type="checkbox"/> Marque este recuadro si su paciente participa actualmente en un estudio o un programa de uso compasivo de tafamidis.			
Alergias a medicamentos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Si es sí, enumere los medicamentos y las reacciones asociadas):			
Medicamentos concurrentes del paciente:			
Otros padecimientos conocidos:			

<b>Receta</b> Número de repeticiones _____ <input type="checkbox"/> VYNDAMAX 61 mg: Una cápsula de 61 mg de tafamidis de forma oral una vez al día, Cantidad 30 cápsulas (30 días)	<b>Programa Interim Care</b> (para pacientes elegibles, nuevos en la terapia, con seguro comercial o un programa de seguro federal) De ser elegible, puede proveerse VYNDAMAX gratis de ocurrir un retraso en el proceso de determinación de cubierta. Aplican límites, términos y condiciones <sup>†</sup> . Puede que el paciente tenga cubierta adicional por hasta 60 días de ser elegible para repeticiones. <b>Receta</b> <input type="checkbox"/> VYNDAMAX 61 mg: Una cápsula de 61 mg de tafamidis de forma oral una vez al día, Cantidad 30 cápsulas (30 días)	<b>Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer</b> (para pacientes elegibles sin seguro/con seguro insuficiente solamente) El paciente tiene que volver a solicitar anualmente. Aplican límites, términos y condiciones <sup>†</sup> . <b>Receta</b> <input type="checkbox"/> VYNDAMAX 61 mg: Una cápsula de 61 mg de tafamidis de forma oral una vez al día, Cantidad 30 cápsulas (30 días)
--	---	---

## 10. Consentimiento y firma del proveedor de atención médica\* (Requerido)

Certifico que soy el profesional de atención médica que ha recetado la terapia identificada en este formulario. Además, certifico que, según mi juicio independiente, la terapia anterior es necesaria desde el punto de vista médico y la información provista en este formulario es precisa según 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.

Nombre del proveedor de atención médica (letra de molde)\*

**Escriba aquí**

Firma del proveedor de atención médica* (NO USE SELLOS) (despache según recetado)	Fecha*
---	--------

**Firme aquí**

Firma del proveedor de atención médica* (NO USE SELLOS) (despache según recetado)	Fecha*
---	--------

**Firme aquí**

**Si es un proveedor que prescribe en Nueva York, use un formulario de recetas original del estado de NY.**

<sup>†</sup>Vea términos y condiciones en la página 8.

<sup>†</sup>Los criterios dependen de un número de factores, incluidos el medicamento específico recetado, la condición de seguro y el tamaño e ingreso del hogar. 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 distintas.

**Vea la próxima página para continuar completando la sección para el proveedor del formulario de inscripción.**

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE **VyndaLink**: PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (PAM)



Complete este formulario y sométalo junto con copias por ambos lados de las tarjetas del seguro del paciente. Puede enviarlo por fax al 1-888-878-8474 o por correo a **VyndaLink** al PO Box 221296, Charlotte, NC 28222. De tener preguntas, llame al 1-888-222-8475, lunes-viernes, 8 am-8 pm hora del este.

**Para proveedores de atención médica** Los campos marcados con \* son **requeridos**.

## 11. Atestación de HIPAA y TCPA del proveedor de atención médica\* (Requerido)

Con mi firma, certifico que he obtenido las autorizaciones y consentimientos del paciente o del representante personal autorizado del paciente necesarios de conformidad con HIPAA y la ley estatal para divulgar información protegida de salud, incluida aquella contenida en este formulario, a Pfizer y sus empleados o agentes para los propósitos relacionados con los programas de apoyo al paciente de Pfizer, incluido asistir al paciente con la verificación de beneficios, asistencia en las preautorizaciones/apelaciones, incluido contactar a la aseguradora del paciente para obtener información del estatus, recursos e información de asistencia económica, como programas de apoyo en el copago o de medicamentos gratis, para los que el paciente sea elegible, y otro apoyo para VYNDAMAX® (tafamidis).

Certifico que he obtenido el consentimiento del paciente o del cuidador del paciente para ser contactado por Pfizer, **VyndaLink** y/o las partes que actúan en sus nombres usando auto discado o voz pregrabada al número(s) de teléfono provisto en relación con los propósitos descritos anteriormente y para otros propósitos aparte de mercadeo. Además, doy mi permiso para recibir llamadas relacionadas con estos servicios por parte 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.

Firma del proveedor de atención médica\*

Fecha\*

Firme aquí

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE **VyndaLink**: PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (PAM)



Complete este formulario y sométalo junto con copias por ambos lados de las tarjetas del seguro del paciente. Puede enviarlo por fax al 1-888-878-8474 o por correo a **VyndaLink** al PO Box 221296, Charlotte, NC 28222. De tener preguntas, llame al 1-888-222-8475, lunes-viernes, 8 am-8 pm hora del este.

## Interim Care de **VyndaLink**<sup>†</sup>

El programa Interim Care puede proveerles a los pacientes nuevos elegibles con hasta 60 días de VYNDAMAX<sup>®</sup> (tafamidis) gratis enviado directamente a los pacientes que proveen una receta de VYNDAMAX completada del programa Interim Care y que han experimentado un retraso en la determinación de cubierta de 5 días laborables o más a partir de haber sometido una preautorización o apelación directamente a la aseguradora del paciente.

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

**Para proveedores de atención médica** Los campos marcados con \* son **requeridos**.

### 12. Consentimiento del profesional que prescribe con los Términos y Condiciones\* del Programa Interim Care de VYNDAMAX\* (Requerido si se solicita Interim Care)

Fecha de solicitud de autorización/apelación a la aseguradora del paciente:

#### Términos y Condiciones del Programa Interim Care

- Interim Care no es un seguro médico y está disponible solo para pacientes elegibles que son asegurados por un seguro comercial o programa federal.
- La oferta está disponible solo 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 fue solicitada/sometida a la aseguradora del paciente y han experimentado un retraso en la determinación de la cubierta de al menos 5 días laborables a partir de haber sometido una preautorización o apelación directamente a la aseguradora del paciente.
- Ni el paciente ni la farmacia ni cualquiera otro que actúe en nombre del paciente, puede someter una reclamación de reembolso por un producto despachado mediante este programa de Interim Care a un pagador tercero, incluidos Medicare, Medicaid ni ningún otro programa del cuidado de la salud federal o estatal. Los costos 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 Medicare Parte D.
- Este programa no puede combinarse con ningún otro ahorro, muestra gratis ni oferta similar para la receta especificada.
- El producto que provee el programa Interim Care es gratis y nadie debe facturarle al paciente por este producto.
- Si el paciente está inscrito en un plan Medicare Parte D, tiene que proveer la dirección del plan para poder ser elegible para el programa Interim Care.
- Disponible para un suministro de 30 días. Las repeticiones están sujetas a limitaciones.
  - Para ser elegible para una repetición adicional de 30 días, el paciente tiene que estar solicitando activamente cubierta de su aseguradora en espera de una decisión de preautorización/apelación. Interim Care para VYNDAMAX no debe exceder de 60 días para ningún paciente.
- La oferta de Interim Care no requiere ni depende 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 puede despacharse solamente por una 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 válida solo en los Estados Unidos y Puerto Rico.
- La receta tiene que proveerla un proveedor de atención médica certificado en los Estados Unidos o Puerto Rico.
- Pueden aplicar otros criterios de elegibilidad. Comuníquese con **VyndaLink** para los detalles.

Confirmando que mi paciente es nuevo en la terapia de VYNDAMAX y tiene pendiente actualmente una autorización/apelación con su aseguradora de yo haber provisto la fecha de solicitud de la autorización y/o apelación en lo anterior.

Doy fe de la exactitud de la información provista en este formulario, incluida la fecha en que se hizo la solicitud de autorización/apelación a la aseguradora del paciente solicitando cubierta para VYNDAMAX de esta haber sido completada.

Estoy de acuerdo con los Términos y Condiciones del programa Interim Care y doy fe de que no someteré una reclamación de reembolso por un producto despachado mediante el programa Interim Care a ningún pagador tercero, incluidos Medicare, Medicaid ni otro programa del cuidado de la salud federal o estatal. Los costos del desembolso incurridos al usar este programa no podrán aplicarse al hacer los cálculos para los costos del desembolso de un beneficio de seguro gubernamental, como costos de desembolsos reales (TrOOP) de Medicare Parte D.

Firma del profesional de la salud que receta\*

Fecha\*

Firme aquí

<sup>†</sup>Los mismos ofrecimientos de apoyo de **VyndaLink** disponibles para los pacientes a los que se les receta VYNDAMAX están disponibles para los pacientes a los que se les receta VYNDAQEL (tafamidis meglumina).