

Formulario de Inscripción de VyndaLink

Complete este formulario y envíelo por fax al 1-888-878-8474, complételo en línea en 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 aplicables a los Estados Unidos para residentes de California, visite 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 acceso a programas de apoyo en el copago o de medicamentos gratis
- Comunicarse con los profesionales del cuidado de la salud acerca de VYNDAMAX y las actividades de apoyo al paciente
- 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 2-4
- Si está buscando asistencia económica, complete la información financiera en la sección 2 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 la Autorización del paciente para compartir información de salud (sección 7), y de interesarle el Apoyo Personalizado para el Paciente, marque el recuadro en la sección 6
- 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 profesional del cuidado de la salud del formulario (secciones 8-12)



LISTA DE COTEJO DE INSCRIPCIÓN PARA PROFESIONALES DEL CUIDADO DE LA SALUD

- Complete todas las secciones requeridas marcadas con un asterisco * en las páginas 5-7
 - Provea Información de la receta, incluidas las Indicaciones/ Instrucciones de la dosificación en la sección 9
 - Revise la Privacidad y consentimiento del profesional del cuidado de la salud en la sección 10
- Complete la receta del programa Interim Care en las páginas 5-7 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 personal de salud
 - 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 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*			
Pueblo*		Estado*	Código postal*
Teléfono primario*		<input type="checkbox"/> Acepto que se deje mensaje	Idioma de preferencia
<input type="checkbox"/> Cuidador del paciente	Nombre del cuidador	Teléfono del cuidador	

2. Información financiera del paciente	
Esta información es requerida para buscar fondos alternos de apoyo y verificar la elegibilidad para el Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer [†] , según sea apropiado. Si completa esta sección, asegúrese de leer y firmar la sección 4 en la próxima página. De no completar esta sección, VyndaLink 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 sometr documentación de apoyo a la información financiera mencionada. Se aneja: <input type="checkbox"/> Ingreso anual total del hogar <input type="checkbox"/> Formulario W-2 <input type="checkbox"/> Otro	

3. 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 no 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 VYNDAMAX [®] (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 [‡] :		

[†]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.

[‡]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



Connecting Access,
Reimbursement, and Education

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 2.)

La información que provee será usada 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 acerca de su experiencia con los programas de asistencia de Pfizer, ayudarle a entender su cubierta de seguro y ayudarle a tener acceso a ciertos medicamentos de Pfizer mediante su seguro y/o enviarle materiales y otra información útil y actualizaciones relacionadas a los programas de Pfizer.

Entiendo que:

Completar este formulario de inscripción no garantiza que calificaré para los programas de asistencia de Pfizer. Pfizer puede comunicarse con mi aseguradora para ayudarme a entender mi cubierta de seguro para ciertos productos y puede proveerme apoyo para obtener cubierta mediante mi aseguradora, incluida asistencia con las preautorizaciones y apelaciones (si es necesario y está disponible). Pfizer puede verificar la exactitud de la información que he provisto y puede solicitar información financiera y de seguro adicional. Cualquier medicamento suplido por los programas de asistencia de Pfizer no será vendido, intercambiado, permutado ni transferido. Pfizer se reserva el derecho de cambiar o cancelar los programas de asistencia de Pfizer o terminar mi inscripción en cualquier momento. El apoyo brindado mediante este programa no depende de compras futuras.

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 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 profesional del cuidado de la salud (PCS) para que mi PCS pueda compartir mi información de salud con los programas de asistencia de Pfizer, Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc. Al firmar el formulario, certifico que no puedo costear mi medicamento, y afirmo que mis respuestas y documentos de prueba de ingreso están completos, son certeros y exactos a mi mejor conocimiento.

Al firmar a continuación, certifico y reconozco que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con los términos anteriores.

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 por esta autorización.

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

Firma del paciente (Padre o tutor, si es menor de 18 años)

Fecha

Firme aquí

5. Consentimiento del paciente para recibir 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 doy mi permiso para que Pfizer, **VyndaLink** y/o las partes que actúan en sus nombres se comuniquen con mi cuidador 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)

Firma del paciente

Fecha

Firme aquí

6. Aceptación de apoyo al paciente personalizado (Opcional)

El apoyo al paciente personalizado se ofrece mediante **VyndaLink** a través de Patient Support Navigators (Navegadores de Apoyo al Paciente). Puede hablar con los Patient Support Navigators para recursos que pueden ayudarle en su vida diaria. Su Patient Support Navigator puede proveer información acerca de su enfermedad, el medicamento VYNDAMAX™ (tafamidis) o temas, como nutrición, al igual que de la oferta de la tarjeta de copago para pacientes elegibles. Los Patient Support Navigators pueden también conectarlo con organizaciones independientes que proveen servicios, como transportación y alojamiento 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 Patient Support Navigators 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 Pfizer al 1-888-222-8475.

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

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE POR PARTE DEL MÉDICO PERSONAL



NO ENVÍE POR FAX ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE HIPAA – ES PARA LOS EXPEDIENTES DEL PACIENTE Y EL PCS

Connecting Access, Reimbursement, and Education

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 del cuidado de la salud (“proveedores del cuidado de la salud”) y mis aseguradoras de salud 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 a mi condición médica, 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 apelar 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 del cuidado de la salud 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 habilidad para recibir tratamiento

de mis proveedores del cuidado de la salud 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, 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 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. De desear 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 con 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 doy mi permiso para que Pfizer, **VyndaLink** y/o las partes que actúan en sus nombres se comuniquen con mi cuidador para dichos propósitos. Entiendo que yo (y, si aplica, mi cuidador) puedo 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*

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE **VyndaLink**: PROFESIONAL DEL CUIDADO DE LA SALUD



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.

INSTRUCCIONES ESPECIALES	<input type="checkbox"/> PAP solamente
---------------------------------	--

Los campos marcados con * son requeridos.

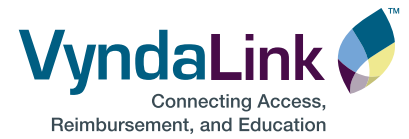
8. Información del profesional del cuidado de la salud			
Nombre del PCS (Nombre, Inicial, Apellido)*		Nombre de la Oficina/Institución*	
Especialidad*			
Dirección*		Pueblo*	Estado* Código postal*
Teléfono*	Fax*	#NPI *	#Licencia estatal*
Nombre del contacto en la oficina*		Teléfono de contacto en la oficina*	Correo electrónico
9. Información de la receta: Marque los recuadros relevantes a continuación si su paciente desea conocer sobre su elegibilidad en Interim Care.			
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*		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 para 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:			
Receta 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)	Programa Interim Care (para pacientes elegibles con seguro comercial o con un programa de seguro federal) De ser elegible, puede proveerse VYNDAMAX gratis de ocurrir un retraso en el proceso de determinación de cubierta. Límites, términos y condiciones aplican [†] . Puede que el paciente tenga cubierta adicional por hasta 60 días de ser elegible para repeticiones. Receta <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)	Programa de Asistencia al Paciente de Pfizer (para pacientes sin seguro/con seguro insuficiente solamente) El paciente tiene que volver a solicitar anualmente. Aplican límites, términos y condiciones. [‡] Receta <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 profesional del cuidado de la salud*			
Certifico que soy el profesional del cuidado de la salud que ha recetado la terapia identificada en este formulario. Además, certifico que he tomado el juicio independiente de que la terapia anterior es necesaria desde el punto de vista médico y que 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 profesional del cuidado de la salud (letra de molde)*			
Firma del profesional del cuidado de la salud* (NO USE SELLOS) (despache según recetado)			Fecha*
Firma del profesional del cuidado de la salud* (NO USE SELLOS) (Se permite sustitución del producto)			Fecha*

[†]Vea términos y condiciones en la página 7.

[‡]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**: PROFESIONAL DEL CUIDADO DE LA SALUD



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 profesionales del cuidado de la salud

Nota: Además de completar esta sección, los profesionales que prescriben en Nueva York tienen que someter una receta en un recetario original del estado de NY. Los profesionales que prescriben en los demás estados solo necesitan someter un formulario específico del estado de ser requerido en su estado, y se envía la solicitud por correo.

11. Atestación de HIPAA y TCPA del profesional del cuidado de la salud

Con mi firma, certifico que he obtenido las autorizaciones y consentimientos del paciente o del representante personal autorizado del paciente necesarios bajo 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 a 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 cuales 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 a 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 profesional del cuidado de la salud

Fecha

Firme aquí

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE **VyndaLink**: PROFESIONAL DEL CUIDADO DE LA SALUD



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**

El programa Interim Care puede proveerles a los pacientes nuevos elegibles con hasta 60 días de VYNDAMAX® (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 profesionales del cuidado de la salud Los campos marcados con * son requeridos.

12. Consentimiento del profesional que prescribe con los Términos y Condiciones* de VYNDAMAX

Fecha en que se sometió la 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 asegurados mediante un programa de seguro comercial o 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.
- Los pacientes que califican para asistencia en el copago de otro programa de asistencia al paciente de Pfizer no son elegibles.
- 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 hacia los cálculos para los costos del desembolso de un beneficio de seguro gubernamental, como costos de desembolsos reales (TrOOP) de Medicare Parte D.
- 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 profesional del cuidado de la salud 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 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 hacia 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