

VyndaLink Enrollment Form

Please complete and provide this form to your healthcare provider.

If you have a prescription for VYNDAMAX® (tafamidis), you can complete and fax this form to 1-888-878-8474 or mail it to **VyndaLink** at PO Box 221296, Charlotte, NC 28222.

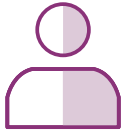
You may be able to submit authorization portions of this form online through eSign by visiting **VyndaLink.com**.

If you have questions, please call 1-888-222-8475, Monday-Friday, 8 AM-8 PM ET.

For details about how we collect and use personal information, including applicable U.S. state privacy rights and notices for California residents, please visit www.pfizer.com/privacy.

By enrolling in the **VyndaLink** program, patients will receive various forms of support and information to help access VYNDAMAX, which may include the following, depending on the program (collectively, “patient support activities”):

- Providing benefits investigations/verification and reimbursement support, including:
 - Assisting with identification of your insurer’s prior authorization requirements
 - Assisting with identification of your insurer’s requirements for appealing a denied claim
- Determining your eligibility for and helping you access co-pay support or free drug programs
- Communicating with your healthcare providers about VYNDAMAX and patient support activities
- Providing you with financial assistance resources and information if you are eligible
- Providing you with disease management and other educational materials, as well as information about Pfizer’s products, services, and programs; this may include sending you surveys about your experience with Pfizer products, services, and programs



ENROLLMENT CHECKLIST FOR PATIENTS

- Complete all required sections marked with an asterisk * on pages 2-4
- If you are seeking financial assistance, complete all financial information in section 2 and authorize electronic income verification in section 4a (optional, but may reduce application review time). If you do not want your income verified electronically, you will need to attach documentation of your total annual income, such as federal tax return, W-2, or other
 - If submitting a tax return, only include page 1 of IRS 1040 Form
- Provide copies of your insurance and prescription card(s)—front and back sides. If you are enrolled in Medicare, provide a copy of your medical and pharmacy cards
- Be sure to sign and date the Patient Authorization to Share Health Information (section 7), and if interested in Personalized Patient Support, check the box in section 6
- Make a photocopy of your enrollment form, as it will not be returned to you

If you have questions, please call 1-888-222-8475, Monday-Friday, 8 AM-8 PM ET.

VyndaLink ENROLLMENT FORM: PATIENT



Please complete and provide this form to your healthcare provider, along with copies of both sides of your insurance cards. You can also fax this form to 1-888-878-8474 or mail it to **VyndaLink** at PO Box 221296, Charlotte, NC 28222. If you have questions, please call 1-888-222-8475, Monday-Friday, 8 AM-8 PM ET.

Fields marked with * are required.

1. Patient Information			
Name (First, MI, Last)*		Gender* <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Date of Birth (mm/dd/yyyy)*		Email	
Street Address*			
City*		State*	ZIP Code*
Primary Phone*		<input type="checkbox"/> OK to leave message	Language Preference
<input type="checkbox"/> Patient Caregiver	Caregiver Name	Caregiver Phone	
2. Patient Financial Information			
This information is required to search for alternate funding support and verify eligibility for the Pfizer Patient Assistance Program† as appropriate. If you complete this section, be sure to read and sign section 4 on the next page. If you do not complete this section, VyndaLink cannot evaluate financial assistance resources for which you may be eligible.			
Total number of people within household (including applicant)		Total annual household income \$	
If you do not want your income verified electronically, you will need to submit documentation to support the financial information you've listed. Attached is: <input type="checkbox"/> Most recent federal tax return <input type="checkbox"/> W-2 form <input type="checkbox"/> Other			
3. Insurance Information (Please include a copy of both sides of your insurance and prescription card[s].)			
<input type="checkbox"/> Check here if you do not have insurance <input type="checkbox"/> Check here if you have secondary insurance			
Primary Insurance Name*			
Primary Insurance Phone Number*		Policy/Group #*	
Primary Policyholder Name (First, MI, Last) (if other than patient)*			
Primary Policyholder Date of Birth (mm/dd/yyyy)*		Primary Policyholder Relationship to Patient	
Is VYNDAMAX® (tafamidis) covered? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I don't know If yes, what is the co-pay amount? _____ <input type="checkbox"/> I don't know			
Prescription (Rx) Insurance Name* (if applicable)			
Policy #*	Group #*	Rx Bin #*	
If insured through a Medicare Prescription Drug Plan, please include the full plan address†:			

†The Pfizer Patient Assistance Program is a joint program of Pfizer Inc. and the Pfizer Patient Assistance Foundation™. The Pfizer Patient Assistance Foundation is a separate legal entity from Pfizer Inc., with distinct legal restrictions.

‡If you have a Medicare Part D Plan and are enrolled in a **VyndaLink** free drug program, **VyndaLink** may notify your Medicare Part D Plan of your enrollment.

See next page to continue completing the enrollment form.

VyndaLink ENROLLMENT FORM: PATIENT



Please complete and provide this form to your healthcare provider, along with copies of both sides of your insurance cards. You can also fax this form to 1-888-878-8474 or mail it to **VyndaLink** at PO Box 221296, Charlotte, NC 28222. If you have questions, please call 1-888-222-8475, Monday-Friday, 8 AM-8 PM ET.

4. Patient Consent for Pfizer Patient Assistance Programs (Required if you entered financial information in section 2.)

The information you provide will be used by Pfizer, **VyndaLink**, the Pfizer Patient Assistance Foundation™, and parties acting on their behalf to determine eligibility, to manage and improve Pfizer's assistance programs, to communicate with you about your experience with Pfizer's assistance programs, to help you understand your insurance coverage and help you access certain Pfizer medicines through your insurance, and/or to send you materials and other helpful information and updates relating to Pfizer programs.

I understand that:

Completing this enrollment form does not guarantee that I will qualify for Pfizer's assistance programs. Pfizer may contact my insurer to help me understand my insurance coverage for certain products and may provide me support to obtain coverage through my insurer, including prior authorization and appeals assistance (if necessary and available). Pfizer may verify the accuracy of the information I have provided and may ask for more financial and insurance information. Any medicines supplied by Pfizer's assistance programs shall not be sold, traded, bartered, or transferred. Pfizer reserves the right to change or cancel Pfizer's assistance programs, or terminate my enrollment, at any time. The support provided through this program is not contingent on any future purchase.

I certify and attest that if I receive medicine(s) provided by Pfizer through the Pfizer Patient Assistance Program:

I will promptly contact the Pfizer Patient Assistance Program if my financial status or insurance coverage changes. I will not seek to have this medicine or any cost from it counted in my Medicare Part D out-of-pocket expenses for prescription drugs. I will not seek reimbursement or credit for the medicine(s) from my prescription insurance provider or payor, including Medicare Part D plans. I will notify my insurance provider of the receipt of any medicines through the Pfizer Patient Assistance Program. I have a signed copy of a current and completed HIPAA Authorization Form on record with my HCP so that my HCP may share health information about me with Pfizer's assistance programs, Pfizer Inc., and the Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc. By signing the form, I certify that I cannot afford my medication, and I affirm that my answers and my proof-of-income documents are complete, true, and accurate to the best of my knowledge.

By signing below, I certify and acknowledge that I have read, understand, and agree to the above terms.

Patient Signature (Patient or Personal Representative of Patient)

Date

Sign here

4A. Patient Authorization for Electronic Income Verification (Optional, but may reduce application review time)

I, the applicant named above, understand that I am providing "written instructions" to Pfizer Inc. under the Fair Credit Report Act authorizing Pfizer Inc. to obtain information from my credit profile or other information from Experian Income View. I authorize Pfizer Inc. to obtain such information solely for the purpose of determining financial qualifications for the Pfizer Patient Assistance Program. I also agree to provide additional financial documentation in a timely manner, if so requested. I understand that I am entitled to a copy of this authorization upon request. This Authorization shall be valid for two (2) years from the date of the signature of this form (unless a shorter period is prescribed by law). I understand that I may cancel this Authorization at any time by mailing a letter requesting such cancellation to PO Box 220158, Charlotte, NC 28222, but this cancellation will not apply to any information already in use or disclosed through this Authorization.

Patient Authorization for Financial Screening: My signature certifies that I have read and understand the above statements, and agree to the outlined terms.

Patient Signature (Parent or guardian, if under 18 years of age)

Date

Sign here

5. Patient Consent to Receive Communications

By signing this form, I agree to communications from Pfizer, **VyndaLink**, and/or parties acting on their behalf to determine my eligibility and provide benefits verification, prior authorization/appeals assistance, and financial assistance resources and information, such as co-pay support or free drug programs, and for other non-marketing purposes. I agree to be contacted by Pfizer, **VyndaLink**, or parties working on their behalf for these purposes using an autodialer or prerecorded voice at the telephone number(s) provided. If I have a caregiver, he or she has also agreed to receive such communications from Pfizer, **VyndaLink**, and/or parties acting on their behalf for the purposes described above, and I hereby give my permission for Pfizer, **VyndaLink**, and/or parties acting on their behalf to contact my caregiver for such purposes. I understand that I (and, if applicable, my caregiver) can opt out of these communications at any time by contacting **VyndaLink** at 1-888-222-8475.

Print Name of Patient

Patient Signature

Date

Sign here

6. Personalized Patient Support Opt-in (Optional)

Personalized patient support is offered through **VyndaLink** via Patient Support Navigators. You can speak with Patient Support Navigators for resources that may help with your daily life. Your Patient Support Navigators may provide information about your condition, VYNDAMAX® (tafamidis) medicine, or topics such as nutrition, as well as a co-pay card offer for eligible patients. Patient Support Navigators can also connect you to independent organizations that provide services such as transportation and lodging for your treatment-related appointments. These offerings may vary based on your prescribed medicine. To opt into this program, please check the box below.

By checking this box, I request Patient Support Navigators' support and agree to communications from Pfizer, **VyndaLink**, and/or parties acting on their behalf, including but not limited to autodialed and prerecorded calls to the phone number provided. These communications may include, for example, offers, resources, and other support such as those described above. I understand that my consent is not required or a condition of purchasing any Pfizer goods or services. I understand I can opt out of these communications at any time by contacting Pfizer at 1-888-222-8475.

See next page to continue completing the enrollment form.

HIPAA AUTHORIZATION FORM FOR THE DISCLOSURE OF PATIENT INFORMATION BY PERSONAL PHYSICIAN



Fields marked with * are required.

7. Patient Authorization to Share Health Information*

By signing this form, I give my permission for my physicians, pharmacies, laboratories, and other healthcare providers (“Healthcare Providers”) and my health insurers to share my health information with Pfizer Inc., the Pfizer Patient Assistance Foundation, Pfizer affiliates and its vendors (collectively, “Pfizer”). I understand that my health information includes information relating to my medical condition, treatment, and insurance coverage, as well as identifying information about me (including, for example, my name, address, and date of birth). My health information will be shared with Pfizer so that Pfizer may provide me with various support and information to help me access a Pfizer medicine, which may include the following, depending on your program (collectively, “Patient Support Activities”):

- Providing benefits investigations/verification and reimbursement support, including:
 - Assisting with identification of your insurer’s prior authorization requirements
 - Assisting with identification of your insurer’s requirements for appealing a denied claim
- Determining my eligibility for and helping me access co-pay support or free drug programs
- Sending me a device and starter kit (where appropriate)
- Communicating with my Healthcare Providers about a Pfizer medicine and Patient Support Activities
- Providing me with financial assistance resources and information if I’m eligible
- Providing me with disease management and other educational materials, as well as information about Pfizer’s products, services, and programs, and may include sending me surveys about my experience with Pfizer products, services, and programs

Pfizer also may use my health information for quality assurance purposes and to evaluate and improve our operations and services.

I understand that I do not have to sign this form, and choosing not to sign will not affect my ability to receive

treatment from my Healthcare Providers or payment from my health insurer. However, if I do not sign this form, the **VyndaLink** program may not be able to provide me with assistance.

I understand that once my health information is shared, it may no longer be protected by federal privacy law. However, Pfizer agrees to protect my health information and to use it for the purposes described in this form or as required or permitted by law. Select pharmacies may receive remuneration from Pfizer in exchange for my health information and/or for any Patient Support Activities provided to me.

I understand that this form will remain in effect for 4 years from the date of my signature unless I provide written notice that I would like to withdraw my approval to share my health information sooner. If I would like to withdraw my approval, I may contact my physician or I may contact **VyndaLink** at PO Box 221296, Charlotte, NC 28222 or 1-888-222-8475. This withdrawal will not affect the use or sharing of my health information that took place before I withdraw my approval. I understand I may receive a copy of this form.

I also give my permission to receive communications from Pfizer, **VyndaLink**, and parties acting on their behalf, including calls made with an autodialer or prerecorded voice at the phone number(s) provided to determine my eligibility and provide benefits verification, prior authorization/appeals assistance, and financial assistance resources and information, such as co-pay support or free drug programs, and for other non-marketing purposes. If I have a caregiver, he or she has also agreed to receive such communications from Pfizer, **VyndaLink**, and/or parties acting on their behalf for the purposes described above, and I hereby give my permission for Pfizer, **VyndaLink**, and/or parties acting on their behalf to contact my caregiver for such purposes. I understand that I (and, if applicable, my caregiver) can opt out of these communications at any time by contacting **VyndaLink** at 1-888-222-8475.

Print Name of Patient or Authorized Patient Representative*

Signature of Patient or Authorized Patient Representative*

Print here

Sign here

Relationship to Patient

Date*

You do not need to return this patient Authorization to Pfizer.

Formulario de Inscripción de VyndaLink

Complete y provea este formulario a su proveedor del cuidado de la salud.

De tener una receta para VYNDAMAX® (tafamidis), puede completar y enviar por fax este formulario al 1-888-878-8474 o por correo a **VyndaLink** al PO Box 221296, Charlotte, NC 28222.

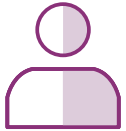
Puede someter las porciones de autorización de este formulario en línea mediante eSign visitando **VyndaLink.com**.

De tener preguntas, llame al 1-888-222-8475, lunes a viernes, 8 AM-8 PM hora del este.

Para los detalles respecto a cómo obtenemos y usamos la información personal, incluidos los derechos y las notificaciones de privacidad estatales de los Estados Unidos aplicables para los 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, 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 preautorización de su aseguradora
 - Asistencia con la identificación de los requisitos de su aseguradora para apelar una reclamación denegada
- Determinar su elegibilidad y ayudarlo a tener acceso a programas de apoyo en el copago o de medicamentos gratis
- Comunicarse con sus proveedores del cuidado de la salud acerca de VYNDAMAX y las actividades de apoyo al paciente
- Proveerle recursos e información de asistencia económica de ser elegible
- Proveerle materiales del manejo de enfermedades y otro material educativo, al igual que información acerca de productos, servicios y programas de Pfizer, que puede incluir enviarle encuestas acerca de su experiencia con los 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 estar interesado en el Apoyo al Paciente Personalizado, marque el recuadro en la sección 6
- Haga una fotocopia de su formulario de inscripción, ya que no será devuelto

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 y provea este formulario a su proveedor del cuidado de la salud junto con copias por ambos lados de sus tarjetas del seguro. También, puede enviar este formulario 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.

Los campos marcados con * son requeridos.

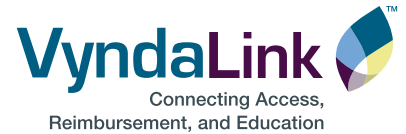
1. Información del paciente			
Nombre (Nombre, Inicial, Apellido)*		Género* <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)*	Correo electrónico		
Dirección*			
Pueblo*	Estado*	Código postal*	
Teléfono primario*	<input type="checkbox"/> Acepto que 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 de apoyo alternos 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 someter documentación de apoyo a la información financiera mencionada. Se aneja: <input type="checkbox"/> Declaración de impuesto federal más reciente <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 no tiene seguro <input type="checkbox"/> Marque aquí si 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 VYNDAMAX® (tafamidis) cubierto? <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 es 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 está inscrito en un programa de **VyndaLink** de medicamentos gratuitos, **VyndaLink** le notificará a su Plan Medicare Parte D de su inscripción.

Vea la próxima página para completar el formulario de inscripción.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE **VyndaLink**: PACIENTE



Complete y provea este formulario a su proveedor del cuidado de la salud junto con copias por ambos lados de las tarjetas del seguro. También puede enviar este formulario 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.

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 provea será usada por Pfizer, **VyndaLink**, y Pfizer Patient Assistance Foundation™, y las partes que actúan en sus nombres para determinar la elegibilidad, manejar y mejorar los programas de asistencia de Pfizer, comunicarse con usted acerca de su experiencia con los programas de asistencia de Pfizer, ayudarlo a entender su cubierta de seguro y ayudarlo 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, incluidas preautorizaciones y asistencia con las 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 de cambiar 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 buscaré reembolso ni crédito por el medicamento(s) de mi proveedor de seguro o pagador de medicamentos recetados, 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 proveedor 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 gratis, 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 ayudarlo en su vida diaria. Su Patient Support Navigator puede proveer información acerca de su enfermedad, del medicamento VYNDAMAX™ (tafamidis) o de temas como nutrición, al igual que 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 sus citas relacionadas a 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 el formulario de inscripción.

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



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) Escriba aquí	Firma del paciente o representante autorizado del paciente* Firme aquí
Relación con el paciente	Fecha*

No tiene que devolver esta Autorización del paciente a Pfizer.

VYNDAMAX® y VyndaLink™ son marcas de Pfizer Inc.

PP-PAT-USA-1333 © 2020 Pfizer Inc. Derechos reservados.

Impreso en EE.UU./noviembre 2020 ACTUALIZACIÓN al Formulario de Inscripción de Vyndamax

