

Complete este formulario y envíelo por fax al 1-844-868-6329 o por correo a Pfizer IGuide™, PO Box 220692, Charlotte, NC 28222

Para recibir asistencia, llame al: 1-844-448-4337, con atención de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del este (ET).

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

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (DEBE COMPLETARLA EL PACIENTE O EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA)

LOS CAMPOS OBLIGATORIOS SE INDICAN CON UN ASTERISCO (*)

| | | | |
|--|---------------------|--|--|
| *NOMBRE (NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO) | | *SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> NO DIVULGADO | |
| *DIRECCIÓN | *CIUDAD | *ESTADO | *CÓDIGO POSTAL |
| *FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA) | TELÉFONO PARTICULAR | TELÉFONO MÓVIL | SE PUEDE DEJAR UN MENSAJE <input type="checkbox"/> |
| PREFERENCIA DE IDIOMA | NOMBRE DEL CUIDADOR | RELACIÓN DEL CUIDADOR CON EL PACIENTE | NOMBRE DEL CUIDADOR |

2. INFORMACIÓN DEL SEGURO (DEBE COMPLETARLA EL PACIENTE O EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA)

LOS CAMPOS OBLIGATORIOS SE INDICAN CON UN ASTERISCO (*)

INCLUYA UNA COPIA DEL ANVERSO Y EL REVERSO DE LAS TARJETAS DE SEGURO DEL PACIENTE

SEGURO PRINCIPAL

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| *NOMBRE DEL SEGURO | *TELÉFONO DEL SEGURO | *N.º DE IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA/GRUPO |
| *NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA | *RELACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA CON EL PACIENTE | NÚMERO DE GRUPO |

SEGURO SECUNDARIO

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| *NOMBRE DEL SEGURO | *TELÉFONO DEL SEGURO | *N.º DE IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA/GRUPO |
| *NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA | *RELACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA CON EL PACIENTE | NÚMERO DE GRUPO |

SEGURO DE MEDICAMENTOS RECETADOS

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL SEGURO DE MEDICAMENTOS RECETADOS | N.º DE ID. DE LA PÓLIZA DE MEDICAMENTOS RECETADOS | N.º DE ID. DEL BANCO (BIN) PARA MEDICAMENTOS RECETADOS |
| N.º DE ID. DE GRUPO DE MEDICAMENTOS RECETADOS | N.º DE ID. DE GRUPO DE MEDICAMENTOS RECETADOS | N.º DE CONTROL DEL PROCESADOR (PCN) PARA MEDICAMENTOS RECETADOS |

3. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA RECIBIR COMUNICACIONES

Al firmar este formulario, acepto las comunicaciones de Pfizer, Pfizer IGuide™ o terceros que actúen en su nombre para determinar mi elegibilidad y proporcionar la verificación de beneficios, asistencia con la autorización previa/apelaciones, y recursos e información de asistencia financiera, como asistencia con los copagos o programas de medicamentos gratuitos, así como para otros fines que no sean de comercialización.

Acepto que Pfizer, Pfizer IGuide™ o terceros que trabajan en su nombre me contacten para estos fines mediante un sistema de discado automático o mensajes de voz pregrabados a los números de teléfono brindados. Si tengo un cuidador, él o ella también acepta recibir dichas comunicaciones de Pfizer, Pfizer IGuide™ o terceros que actúen en su nombre para los fines descritos anteriormente y, por el presente, autorizo a Pfizer, Pfizer IGuide™ o a los terceros que actúen en su nombre para contactar a mi cuidador con tales fines. Entiendo que yo (y, si corresponde, mi cuidador) puedo optar por dejar de recibir estas comunicaciones en cualquier momento llamando a Pfizer IGuide™ al 1-844-448-4337, de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del este (ET).

| | | |
|---------------------|---|--------|
| *FIRMA DEL PACIENTE | *NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA | *FECHA |
|---------------------|---|--------|

*Nombre del paciente o nombre del representante personal. Si es representante personal del paciente, rellene los campos siguientes.

| | | |
|--------------------------------------|--|-------|
| FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE | NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE | FECHA |
|--------------------------------------|--|-------|

SI FIRMA EL REPRESENTANTE DEL PACIENTE, INDIQUE A CONTINUACIÓN EL TIPO DE AUTORIDAD PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE:

| | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DESIGNADO POR EL TRIBUNAL | <input type="checkbox"/> TUTOR | <input type="checkbox"/> PODER NOTARIAL, INCLUIDA LA AUTORIDAD PARA TOMAR DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA | <input type="checkbox"/> OTRA |
|--|--------------------------------|---|-------------------------------|

*NOMBRE DEL PACIENTE (NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)

4. CONSENTIMIENTO Y DECLARACIÓN DEL PACIENTE SI SOLICITA ASISTENCIA CON COPAGOS

Consentimiento y declaración para el programa de copagos: Se deben marcar las casillas a continuación si solicita la inscripción en el Programa de Asistencia para Copagos de Pfizer IGuide™.

Sí No Autorizo al Programa de Asistencia para Copagos de Pfizer IGuide™ para OCTAGAM a pagar directamente a mi prestador de servicios de atención médica, y no a mí, los gastos de bolsillo para el medicamento OCTAGAM. Autorizo a mi prestador de servicios de atención médica a comunicarse con el Programa en mi nombre para iniciar el pago de los servicios después de que se hayan prestado. Entiendo que seré responsable de cualquier gasto de bolsillo de OCTAGAM si (1) mi prestador de servicios de atención médica no solicita el pago dentro de los 180 días posteriores a la fecha de emisión de mi Explicación de Beneficios (EOB), o (2) si se me considera no elegible para el reembolso del Programa. Para poder participar en este programa, debe tener un seguro comercial y no estar inscrito en un programa de seguro financiado por el estado o el gobierno federal. Lea los términos y las condiciones completos.

Sí No Certifico que no estoy inscrito en un programa de seguro financiado por el estado o el gobierno federal, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, TRICARE, el sistema de atención de salud del Departamento de Asuntos de Veteranos, un programa estatal para medicamentos recetados o el Plan de Seguro de Salud del Gobierno disponible en Puerto Rico (anteriormente conocido como "La Reforma de Salud"). Confirmando que no soy mayor de 65 años ni estoy jubilado. Declaro que no recibo ingresos del Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI) ni ningún otro beneficio de la Administración del Seguro Social (SSA). Asimismo, confirmo que ni yo ni ningún familiar directo prestamos servicio activo militar.

Sí No Confirmando que cumplo los requisitos para participar en este programa y acepto los términos y condiciones que figuran a continuación.

*FIRMA DEL PACIENTE

*NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

*FECHA

*Nombre del paciente o nombre del representante personal. Si es representante personal del paciente, rellene los campos siguientes.

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL REPRESENTANTE
DEL PACIENTE

FECHA

SI FIRMA EL REPRESENTANTE DEL PACIENTE, INDIQUE A CONTINUACIÓN EL TIPO DE AUTORIDAD PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE:

DESIGNADO POR EL TRIBUNAL TUTOR PODER NOTARIAL, INCLUIDA LA AUTORIDAD PARA TOMAR DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA OTRA

TÉRMINOS Y CONDICIONES**Al usar esta tarjeta de copago, declara que actualmente cumple con los requisitos de elegibilidad y que respetará los términos y condiciones incluidos a continuación:**

Los pacientes no pueden utilizar esta tarjeta si están inscritos en un programa de seguro financiado por el estado o el gobierno federal, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, TRICARE, el sistema de atención de la salud del Departamento de Asuntos de Veteranos, un programa estatal de asistencia para medicamentos recetados o el Plan de Seguro de Salud del Gobierno disponible en Puerto Rico (anteriormente conocido como "La Reforma de Salud"). El paciente debe tener un seguro privado. La oferta no es válida para pacientes que pagan en efectivo. El valor de esta tarjeta de copago se limita a un máximo de \$12 500 por año calendario o al costo del copago del paciente en un período de 12 meses, lo que sea menor. Esta tarjeta de copago no es válida si el costo total de su medicamento recetado es elegible para un reembolso de su plan de seguro privado u otros programas privados de beneficios de salud o farmacia. Debe deducir el valor de esta tarjeta de copago de cualquier solicitud de reembolso presentada a su plan de seguro privado, ya sea directamente por usted o por alguien más en su nombre. Es responsable de informar que utiliza la tarjeta de copago a cualquier aseguradora privada, plan de salud o tercero que pague o reembolse alguna parte del medicamento recetado obtenido mediante la tarjeta de copago, según corresponda. No debe usar la tarjeta de copago si su aseguradora o plan de salud prohíben el uso de programas de tarjetas de copago de fabricantes. El paciente debe tener 18 años o más para poder optar por el beneficio del copago de Octagam 10% y 2 años o más para poder optar por el beneficio del copago de Octagam 5%. Esta tarjeta de copago no es válida donde lo prohíba la ley. El beneficio bajo el programa de tarjeta de copago se ofrece y está destinado al beneficio exclusivo de pacientes elegibles y no puede transferirse ni utilizarse para terceros, incluidos, entre otros, terceros pagadores, administradores de beneficios farmacéuticos, o los agentes de cualquiera de ellos. La tarjeta de copago no se puede combinar con ningún otro ahorro externo, prueba gratuita u oferta similar para la receta especificada (incluido cualquier programa ofrecido por un tercero pagador o administrador de beneficios farmacéuticos, o un agente de cualquiera de ellos, que ajuste las obligaciones de costos compartidos del paciente), a través de acuerdos que pueden denominarse programas "acumuladores" o "maximizadores"). Los terceros pagadores, los administradores de beneficios farmacéuticos o los agentes de cualquiera de ellos tienen prohibido ayudar a los pacientes a inscribirse en el programa de tarjeta de copago. **La tarjeta de copago solo se aceptará en las farmacias participantes. Si su farmacia no participa, es posible que pueda presentar una solicitud de reembolso en relación con esta oferta. Esta tarjeta de copago no es un seguro médico.** Esta oferta es válida únicamente en los Estados Unidos y Puerto Rico. Esta tarjeta de copago está limitada a 1 por persona durante el período de esta oferta y no es transferible. Una tarjeta de copago no podrá canjearse más de una vez cada 30 días por paciente. No es necesario efectuar ninguna otra compra. No hay cuota de afiliación. Los datos relacionados con los pagos de la tarjeta de copago pueden recopilarse, analizarse y compartirse con Pfizer, para estudios de mercado y otros fines relacionados con la evaluación de los programas de Pfizer. Los datos compartidos con Pfizer se compilarán y volverán anónimos; se combinarán con datos relacionados con otros pagos de la tarjeta de copago y no lo identificarán. Pfizer se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar esta oferta sin previo aviso. La oferta expira el 31/12/2024.

Para obtener más información, llame al 1-866-642-7606, visite [Octagam5CoPay.com](https://www.octagam5copay.com) o [Octgam10CoPay.com](https://www.octagam10copay.com) o escriba a:

Octagam Co-Pay Program

PO Box 6875

Bridgewater, NJ 08807

*NOMBRE DEL PACIENTE (NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)

5. INFORMACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA (EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS) LOS CAMPOS OBLIGATORIOS SE INDICAN CON UN ASTERISCO (*)*NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE EXTIENDE RECETAS
(NOMBRE/INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE/APELLIDO)*NOMBRE DEL CONSULTORIO/
LA INSTITUCIÓN

*ESPECIALIDAD

*DIRECCIÓN

*CIUDAD

*ESTADO

*CÓDIGO POSTAL

*TEL. DEL CONSULTORIO

*FAX DEL CONSULTORIO

*CONTACTO DEL CONSULTORIO

*NÚMERO DE TELÉFONO
DEL CONTACTO DEL
CONSULTORIO*IDENTIFICADOR
FISCAL DEL GRUPO*IDENTIFICADOR
NACIONAL DEL
PROVEEDOR (NPI)*NÚMERO DE
LICENCIA ESTATAL**6. MEDICAMENTO RECETADO (NOTA: ESTA SECCIÓN SOLO DEBE COMPLETARSE SI DESEA QUE PFIZER IGUIDE™ ENVÍE EL MEDICAMENTO RECETADO A LA FARMACIA DE ESPECIALIDAD POR USTED. EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS)** LOS CAMPOS OBLIGATORIOS SE INDICAN CON UN ASTERISCO (*)

*NOMBRE DEL PACIENTE (NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)

*FECHA DE NACIMIENTO

*CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO PRIMARIO:

PESO DEL PACIENTE (KG):

RECETA MÉDICA: OCTAGAM® 10% (INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA [HUMANA]) PREPARACIÓN LÍQUIDA (CONSULTE LAS INSTRUCCIONES DE DOSIFICACIÓN EN EL PROSPECTO)
 OCTAGAM® 5% (INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA [HUMANA]) PREPARACIÓN LÍQUIDA (CONSULTE LAS INSTRUCCIONES DE DOSIFICACIÓN EN EL PROSPECTO)

INFUSIÓN G POR VÍA INTRAVENOSA CADA SEMANAS

NÚMERO TOTAL DE INFUSIONES DE OCTAGAM SOLICITADAS: SUMINISTRO SUFICIENTE PARA INFUSIONES

(SEGÚN EL NÚMERO DE SEMANAS SOLICITADAS Y EL PESO CORPORAL DEL PACIENTE) REPOSICIONES (SEGÚN LO PERMITAN LOS REQUISITOS DEL ESTADO O DEL PAGADOR)

ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

 SIN ALERGIAS AL
MEDICAMENTO CONOCIDAS

MEDICAMENTOS CONCURRENTES:

 SIN OTROS
MEDICAMENTOS

*FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA (SIN SELLOS)

*NOMBRE DEL MÉDICO COLABORADOR (SI CORRESPONDE):

*NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

FECHA

DISPENSAR COMO ESTÁ INDICADO: LA TERMINOLOGÍA EXACTA PUEDE ESTAR BASADA EN LAS REGULACIONES ESTATALES. BRINDE AQUÍ LA TERMINOLOGÍA ESTATAL:

7. FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Certifico que soy el profesional de atención médica que ha recetado la terapia identificada en este formulario. Además, certifico que he determinado de forma independiente que la terapia mencionada es médicamente necesaria y que la información ofrecida en este formulario es exacta a mi leal saber y entender. Autorizo a Pfizer y a sus filiales, agentes, representantes y a los prestadores de servicios de atención médica a actuar en mi nombre con el fin de transmitir esta receta a la farmacia correspondiente.

También doy mi permiso para recibir llamadas relacionadas con estos servicios de Pfizer, Pfizer IGuide™ y terceros que actúen en su nombre, incluidas las llamadas realizadas con un sistema de discado automático o mensajes de voz pregrabados a los números de teléfono proporcionados.

*FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

FECHA

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

La verificación del seguro es responsabilidad absoluta del proveedor. La información sobre beneficios proporcionada por Pfizer IGuide™ no es una garantía de cobertura de seguro o reembolso. Toda la información sobre beneficios está sujeta al plan del paciente asegurado en el momento en que se prestan los servicios. En ninguna circunstancia Pfizer IGuide™ será responsable del pago de cualquier reclamación, beneficio o costo. Toda información sobre códigos obtenida de Pfizer IGuide™ se proporciona únicamente con fines informativos, está sujeta a cambios y no debe interpretarse como asesoramiento legal. Los prestadores de servicios de atención médica deben ejercer su criterio clínico independiente cuando seleccionen códigos y presenten reclamaciones para reflejar con precisión los servicios y productos proporcionados al paciente específico.

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

8. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA

Al firmar este formulario, autorizo a que mis médicos, farmacias, laboratorios y otros prestadores de servicios de atención médica ("Prestadores de servicios de atención médica") y mis aseguradoras de salud compartan mi información médica con Pfizer, Inc., Pfizer Patient Assistance Foundation, compañías afiliadas de Pfizer y sus proveedores (en conjunto, "Pfizer"). Entiendo que mi información médica incluye información relacionada con mi afección médica, tratamiento y cobertura de seguro, así como información que me identifica (como, por ejemplo, mi nombre, dirección y fecha de nacimiento). Mi información médica se compartirá con Pfizer para que Pfizer pueda proporcionarme diversos tipos de apoyo e información que me permitan acceder a un medicamento de Pfizer, que pueden incluir lo siguiente, según el programa (en conjunto, "Actividades de apoyo para pacientes"):

- Servicios de verificación/investigaciones de beneficios y ayuda con el reembolso, que incluyen lo siguiente:
 - Ayudar con la identificación de requisitos de autorización previa
 - Ayudar a identificar los requisitos de su aseguradora para apelar una reclamación denegada
- Determinación de mi elegibilidad y asistencia para acceder a apoyo con el copago o programas de medicamentos gratuitos
- Envío de un dispositivo y un kit inicial (cuando corresponda)
- Comunicación con mis prestadores de servicios de atención médica sobre medicamentos de Pfizer y actividades de apoyo para pacientes
- Información y recursos de asistencia financiera, si soy elegible
- Recursos para el control de enfermedades y otros materiales educativos, así como información sobre los productos, servicios

y programas de Pfizer, que puede incluir el envío de encuestas sobre mi experiencia con los productos, servicios y programas de Pfizer

Pfizer también puede usar mi información médica con fines de garantía de calidad, y para evaluar y mejorar sus operaciones y servicios.

Entiendo que no tengo la obligación de firmar este formulario y elegir no firmarlo no afectará mi capacidad de recibir tratamiento por parte de mis prestadores de servicios de atención médica o pagos de mi aseguradora de salud. Sin embargo, si no firmo este formulario, es posible que Pfizer IGuide™ no pueda proporcionarme asistencia.

Comprendo que, una vez que se comparte mi información médica, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. Doy mi consentimiento para que Pfizer utilice mi información de salud para los fines descritos en este formulario o según lo exija o permita la ley. Algunas farmacias pueden recibir una remuneración de Pfizer a cambio de mi información médica o de cualquier actividad de apoyo para pacientes que se me brinde.

Entiendo que este formulario permanecerá vigente durante 4 años a partir de la fecha de mi firma, a menos que la ley estatal requiera un período más corto o a menos que avise con anterioridad y por escrito que me gustaría retirar mi aprobación para compartir mi información médica. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Si deseo retirar mi aprobación, puedo ponerme en contacto con mi médico o con Pfizer IGuide™ escribiendo a PO Box 220692, Charlotte, NC 28222, 1-844-448-4337, de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del este (ET). Esta revocación no afectará los usos o intercambios de mi información médica que tuvieron lugar antes de que yo retirara mi aprobación. Entiendo que puedo recibir una copia de este formulario.

* FIRMA DEL PACIENTE

*Nombre del paciente o nombre del representante personal. Si es representante personal del paciente, rellene los campos siguientes.

* NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

* FECHA

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE

FECHA

SI FIRMA EL REPRESENTANTE DEL PACIENTE, INDIQUE A CONTINUACIÓN EL TIPO DE AUTORIDAD PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE:

- DESIGNADO POR EL TRIBUNAL TUTOR PODER NOTARIAL, INCLUIDA LA AUTORIDAD PARA TOMAR DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA OTRA