



Los proveedores de atención médica pueden visitar PfizerDermatologyHCPPortal.com para completar este formulario en línea. ¿Tiene preguntas? Llame al 1-833-956-3376, de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del este.

 Los proveedores de atención médica pueden cargar en línea en PfizerDermatologyHCPPortal.com

 Envíe los formularios completados por fax al 1-877-548-1734

 Los proveedores de atención médica pueden emitir recetas electrónicas directamente a Sonexus Health Pharmacy Services*

SELECCIONE EL MEDICAMENTO RECETADO DEL PACIENTE (*Seleccione UN MEDICAMENTO por formulario de inscripción)	
CIBINQO® (abrocitinib) en comprimidos <input type="checkbox"/> 50 mg <input type="checkbox"/> 100 mg <input type="checkbox"/> 200 mg	LITFULO® (ritlecitinib) en cápsulas <input type="checkbox"/> 50 mg

PARA PACIENTES: complete las siguientes secciones y, a continuación, lea, firme y feche (donde corresponda) la autorización y los consentimientos requeridos en las páginas 2 y 3. La falta de información o consentimientos puede provocar retrasos en la obtención de su receta médica y en su inscripción en el programa de apoyo de Pfizer Dermatology Patient Access™.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (*CAMPO OBLIGATORIO)

Nombre* _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido* _____

Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa) _____ Sexo M F Otro

Dirección* _____ Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____

Teléfono principal* _____ Casa Trabajo Celular

Mejor momento para comunicarse conmigo: Mañana Tarde Noche

Correo electrónico _____

Idioma de preferencia (si no es inglés) _____

Nombre del cuidador _____ Teléfono _____
 (*Obligatorio si el paciente es menor de 18 años)

Consentimiento para recibir mensajes de texto
 Al proporcionar su número de teléfono, usted otorga su consentimiento para recibir comunicaciones de Pfizer con información sobre el Programa de acceso para el paciente de Pfizer Dermatology. Comprende que otorgar este consentimiento no es obligatorio ni una condición para adquirir productos o servicios. La frecuencia de los mensajes varía. Pueden aplicarse tarifas de datos y por mensajes. Los términos completos se pueden encontrar en Engagedrx.com/PDPA y la política de privacidad de Pfizer en Pfizer.com/privacy. Envíe un mensaje de texto con la palabra STOP si desea cancelar los mensajes de texto.

2. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO - Tipo de seguro : Comercial Gubernamental Parte D de Medicare Otro Ninguno (*CAMPO OBLIGATORIO)

	Seguro médico principal*	Seguro de receta médica principal*	Seguro de receta médica secundaria
	(*CAMPO OBLIGATORIO solo si NO se proporcionan copias del anverso y el reverso de las tarjetas del seguro)		
Nombre del asegurado*			
Nombre del seguro*			
Teléfono del seguro*			
N.º de identificación de la póliza*			
N.º de grupo*			
N.º de identificación bancaria (Bank Identification Number, BIN)*			
N.º de PCN*			

*Si decide emitir recetas electrónicas directamente a Sonexus Health Pharmacy Services, está certificando que ha recibido el consentimiento del paciente para que Sonexus Health Pharmacy Services y Pfizer Dermatology Patient Access™ se pongan en contacto con su paciente y le presten servicios. Sonexus Health Pharmacy Services se clasifica como farmacia de venta por correo en los sistemas EMR/EHR y se encuentra en 2730 S Edmonds Lane, Suite 400, Lewisville, TX 75067. Para obtener detalles sobre cómo recopilamos y utilizamos la información personal, incluidos los derechos y avisos de privacidad estatales correspondientes de los EE. UU. para los residentes de California, visite Pfizer.com/privacy.

¿Tiene preguntas? Llame al 1-833-956-3376, de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del este.

3. CONSENTIMIENTO PARA RECOPIRAR Y UTILIZAR DATOS PERSONALES (*CAMPO OBLIGATORIO)

Pfizer Inc. ("Pfizer") recopila ciertos datos personales (descritos a continuación) sobre las personas para poder proporcionar servicios de apoyo al paciente a los pacientes elegibles a través del Programa de acceso para el paciente (el "programa") de Pfizer Dermatology. Pfizer solicita este consentimiento porque necesita recopilar y usar dichos datos, que se consideran datos confidenciales en algunas jurisdicciones, en relación con la operación del programa.

Datos personales recopilados y/o utilizados. Los datos personales que Pfizer y sus proveedores de servicios pueden recopilar y usar incluyen nombre, identificador del paciente, resultados de pruebas, registros médicos, información del proveedor de atención médica, otros datos que identifiquen que usted está buscando servicios de atención médica, y datos relacionados de otro modo con su afección médica, diagnóstico y/o tratamiento (en conjunto, "datos personales").

Propósitos de la recopilación y el uso. Sus datos personales se usarán para los siguientes fines:

Sus datos personales serán usados por Pfizer, que proporcionará servicios de apoyo al paciente a los pacientes elegibles, incluidos, cuando corresponda, la determinación de la elegibilidad para los programas de apoyo para el copago o de medicamentos gratuitos.

Duración. Al firmar este consentimiento para recopilar y usar, acepto que estas entidades puedan usar los datos personales para proporcionar servicios de apoyo al paciente aplicables o según lo permitan o requieran las leyes de privacidad correspondientes. Permito dicho uso durante dos años después de la fecha en que firme el consentimiento, a menos que y hasta que lo revoque (es decir, lo retire) por escrito antes de ese momento.

Revocación. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que Pfizer haya tomado alguna medida basándose en mi consentimiento. Comprendo que si revoco mi consentimiento, no tendrá ningún efecto sobre la recopilación, los usos o las divulgaciones de mis datos personales que tuvieron lugar antes de recibir mi revocación. Para revocar, comprendo que debo notificar a Pfizer Dermatology Patient Access™ enviando un correo electrónico a patientprivacy@sonexushealth.com o llamando al 1-833-956-DERM (1-833-956-3376), de 8 A. M. a 8 P. M., hora del este, de L a V.

Comprendo que mi consentimiento para recopilar y usar mis datos personales es voluntario y puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

He leído este consentimiento y/o se me ha leído su contenido. Comprendo plenamente los términos y condiciones descritos anteriormente.

Consentimiento para recopilar datos personales:

Al firmar y fechar a continuación, otorgo mi consentimiento por voluntad propia y acepto la recopilación y el uso de mis datos personales según se describió anteriormente. Comprendo que una copia firmada de este consentimiento está disponible para mí, si la solicito.

FIRMAR X

Firma del paciente* (El paciente o representante del paciente deben tener 18 años o más)¹

Nombre del paciente o del representante del paciente (en letra de imprenta)²

Fecha*

Si lo firma el representante del paciente, debe indicar a continuación la autoridad con la que actúa en nombre del paciente³:

Designado por el tribunal Padre/Madre/Tutor Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención médica Otra: _____

¹Los pacientes de 18 años o más deben firmar a menos que estén incapacitados; de lo contrario, un representante con una de las autoridades legales indicadas a continuación puede firmar en su nombre.

²NO se requiere si lo firma el paciente.

³Se requiere si lo firma el representante del paciente.

¿Tiene preguntas? Llame al 1-833-956-3376, de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del este.

AUTORIZACIÓN EN VIRTUD DE LA HIPAA PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (*CAMPO OBLIGATORIO)

Autorizo (es decir, permito) el uso y/o la divulgación de mi información médica protegida, descrita a continuación, que está protegida por una ley federal conocida como Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996, y sus enmiendas (“HIPAA”). En general, la información médica protegida es información, incluida la información demográfica, que (1) se relaciona con mi salud o afección física o mental pasada, presente o futura, con la prestación de atención médica que se me ha prestado, o con el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica que se me ha prestado, y (2) que me identifica o respecto de la cual existe una base razonable para creer que puede usarse para identificarme. Comprendo que esta autorización es voluntaria.

- 1. Persona(s) o clase de persona(s) autorizadas para divulgar información médica protegida:** mis proveedores de atención médica, incluidos los médicos que me tratan y los laboratorios médicos que me proporcionan atención médica y realizan pruebas médicas.
- 2. Persona(s) o clase de persona(s) autorizadas para recibir información médica protegida:** Pfizer Inc. (“Pfizer”), Pfizer Dermatology Patient Access™ (el “Programa”) y otros proveedores de servicios autorizados de Pfizer.
- 3. Descripción de la información médica protegida que puede usarse y/o divulgarse:** mi nombre, identificador del paciente, resultados de pruebas, registros médicos, información del proveedor de atención médica, otros datos que identifiquen que estoy buscando servicios de atención médica, y datos relacionados de otro modo con mi afección médica, diagnóstico y/o tratamiento.
- 4. Propósito(s) del uso y/o la divulgación de información médica protegida:** determinar si se han cumplido las condiciones para la elegibilidad en virtud del Programa; y proporcionarme diversos tipos de apoyo para ayudarme a acceder a un medicamento de Pfizer, que pueden incluir lo siguiente:
 Proporcionar investigaciones/verificación de beneficios y apoyo para obtener reembolsos, incluido lo siguiente:
 - Brindarme asistencia en la identificación de los requisitos de autorización previa de mi compañía de seguro
 - Brindarme asistencia en la identificación de los requisitos de mi compañía de seguro para apelar una reclamación denegada
 - Determinar mi elegibilidad y ayudarme para acceder a los programas de apoyo para el copago o de medicamentos gratuitos

- Comunicarse con mis proveedores de atención médica en relación con un medicamento de Pfizer y las actividades de apoyo al paciente
 - Proveerme recursos e información de asistencia financiera, si soy elegible
 - Pfizer también puede usar mi información médica para fines de control de calidad, y para evaluar y mejorar sus operaciones y servicios
- 5. Sin condicionamiento.** Comprendo que mi tratamiento, inscripción, elegibilidad y pago en virtud de mi plan de salud no están condicionados a que firme este formulario y acepte permitir la divulgación de mi información médica protegida a Pfizer y sus proveedores de servicios autorizados.
 - 6. Derecho a revocar.** Puedo revocar (es decir, retirar) esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que mis proveedores de atención médica hayan tomado alguna medida en función de mi autorización. Comprendo que si revoco esta autorización, no tendrá ningún efecto sobre los usos o las divulgaciones de mi información médica protegida que se produjeron antes de recibir mi revocación. Para revocar, comprendo que debo notificar a Pfizer Dermatology Patient Access enviando un correo electrónico a patientprivacy@sonexushealth.com o llamando al 1-833-956-DERM (1-833-956-3376), de 8 A. M. a 8 P. M., hora del este, de L a V.
 - 7. Vencimiento de la autorización.** Esta autorización permanecerá en plena vigencia y efecto durante dos años a partir de la fecha de esta autorización, a menos que la revoque antes de este tiempo.
 - 8. Potencial de nueva divulgación.** Es posible que las personas o entidades que reciban mi información médica protegida en virtud de esta autorización no estén obligadas por las leyes de privacidad (como la HIPAA) a proteger la información y pueden compartirla con terceros sin mi permiso, si lo permiten las leyes que se aplican a ellas.
 - 9. Copia de la autorización.** Comprendo que tengo derecho a recibir una copia firmada de esta autorización.
 He leído esta autorización y/o se me ha leído su contenido. Autorizo el uso y la divulgación de mi información médica protegida según se describe en las secciones 1-9 anteriores.

FIRMAR X

Firma del paciente* (El paciente o representante del paciente deben tener 18 años o más)†

Nombre del paciente o del representante del paciente (en letra de imprenta)‡

Fecha*

Si lo firma el representante del paciente, debe indicar a continuación la autoridad con la que actúa en nombre del paciente§:

Designado por el tribunal Padre/Madre/Tutor Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones de atención médica Otra: _____

*Los pacientes de 18 años o más deben firmar a menos que estén incapacitados; de lo contrario, un representante con una de las autoridades legales indicadas a continuación puede firmar en su nombre.


†NO se requiere si lo firma el paciente.

‡Se requiere si lo firma el representante del paciente.


Para obtener detalles sobre cómo recopilamos y utilizamos la información personal, incluidos los derechos y avisos de privacidad estatales correspondientes de los EE. UU. para los residentes de California, visite Pfizer.com/privacy.

Los proveedores de atención médica pueden visitar PfizerDermatologyHCPPortal.com para completar este formulario en línea.

¿Tiene preguntas? Llame al 1-833-956-3376, de lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del este.

 Los proveedores de atención médica pueden cargar en línea en PfizerDermatologyHCPPortal.com

 Envíe los formularios completados por fax al 1-877-548-1734

 Los proveedores de atención médica pueden emitir recetas electrónicas directamente a Sonexus Health Pharmacy Services*

COMPRUEBE SI CORRESPONDE SOLO INVESTIGACIÓN DE BENEFICIOS

Esta receta médica también se ha enviado a un proveedor de farmacia especializada (Specialty Pharmacy Provider, SPP)

Nombre del SPP _____ Número de teléfono del SPP _____

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

PARA PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA: complete las siguientes secciones y firme esta página. Envíe el formulario COMPLETO con una hoja de portada por fax al 1-877-548-1734.

4. INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA (*CAMPO OBLIGATORIO)

Nombre* _____ Apellido* _____

N.º de NPI* _____ Número de licencia estatal* _____

Dirección* _____ Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____

Nombre del contacto del consultorio _____ Número de teléfono del consultorio* _____ Ext. _____

Fax del consultorio* _____ Correo electrónico _____

5. DIAGNÓSTICO (*CAMPO OBLIGATORIO) – NO ADJUNTE NINGUNA NOTA CLÍNICA O DEL CONSULTORIO, YA QUE ESTO PUEDE RETRASAR EL PROCESAMIENTO DEL FORMULARIO

Códigos de la CIE-10 para CIBINQO:

- L20: Dermatitis atópica
- L20.8: Otra dermatitis atópica
- L20.9: Dermatitis atópica, no especificada

Códigos de la CIE-10 para LITFULO:

- L63: Alopecia areata
- L63.0: Alopecia (capitis) totalis
- L63.1: Alopecia universalis

- L63.2: Ofiasis
- L63.8: Otra alopecia areata
- L63.9: Alopecia areata, no especificada
- Otro _____

6. INFORMACIÓN DE LA RECETA: las instrucciones para la receta electrónica se encuentran en la Sección 7

(*Seleccione un medicamento por formulario de inscripción)

Receta de Interim Care para CIBINQO y LITFULO: solo se obtiene a través de Sonexus Health Pharmacy Services. Al solicitar esto, certifica que comprende los términos y condiciones de la página 5.

Receta de CIBINQO® (abrocitinib) en comprimidos
(hasta 30 días, 30 comprimidos)

- 50 mg por vía oral una vez al día Resurtidos _____
- 100 mg por vía oral una vez al día Resurtidos _____
- 200 mg por vía oral una vez al día Resurtidos _____

Receta de Interim Care para CIBINQO
(11 resurtidos): (hasta 30 días, 30 comprimidos)

- 50 mg por vía oral una vez al día
- 100 mg por vía oral una vez al día
- 200 mg por vía oral una vez al día

Receta con vóucher para CIBINQO:
(Suministro único para 30 días)

- 50 mg por vía oral una vez al día
- 100 mg por vía oral una vez al día
- 200 mg por vía oral una vez al día

Receta de LITFULO® (ritlecitinib) en cápsulas
(hasta 28 días, 28 cápsulas)

- 50 mg por vía oral una vez al día Resurtidos _____

Receta de Interim Care para LITFULO
(11 resurtidos): (hasta 28 días, 28 cápsulas)

- 50 mg por vía oral una vez al día

Receta con vóucher para LITFULO:
(Suministro único para 28 días)

- 50 mg por vía oral una vez al día

Alergias farmacológicas No Sí (si la respuesta es "Sí", detalle el [los] medicamento[s] y la[s] reacción[es] asociada[s]): _____

Medicamentos concomitantes: _____

7. CERTIFICACIÓN del proveedor de atención médica Firma del médico que emite la receta – NO SELLOS (*CAMPO OBLIGATORIO)

Certifico que soy el proveedor de atención médica que ha recetado la terapia identificada en este formulario. Además, certifico que he hecho un juicio independiente de que la terapia mencionada es medicamento necesaria y que la información proporcionada en este formulario es precisa, a mi leal saber y entender. Autorizo a Pfizer y a sus filiales, agentes, representantes y proveedores de servicios a actuar en mi nombre con el fin de transmitir esta receta médica a la farmacia adecuada.

También doy mi permiso para recibir llamadas relacionadas con los servicios del programa de Pfizer, Pfizer Dermatology Patient Access™ y las partes que actúan en su nombre.

FIRMAR X

Firma del médico que emite la receta*: **NO SELLOS**
(dispensar según esté escrito)

Fecha*

Firma del médico que emite la receta*: **NO SELLOS**
(sustituto permitido)

Fecha*

Nombre del proveedor de atención médica, en letra de imprenta

*Identificación para la emisión de recetas electrónica (NCPDP: 5910206; NPI: 1447680210). Si decide emitir recetas electrónicas directamente a Sonexus Health Pharmacy Services, está certificando que ha recibido el consentimiento del paciente para que Sonexus Health Pharmacy Services y Pfizer Dermatology Patient Access™ se pongan en contacto con su paciente y le presten servicios. Sonexus Health Pharmacy Services se clasifica como farmacia minorista en los sistemas EMR/EHR y se encuentra en 2730 S Edmonds Lane, Suite 300, Lewisville, TX 75067. Si usted es un médico que emite recetas con residencia en el estado de Nueva York, utilice un formulario de receta del estado de Nueva York.

Programa Interim Care de recetas de CIBINQO® (abrocitinib) y LITFULO® (ritlecitinib): TÉRMINOS Y CONDICIONES

Interim Care no es un seguro de salud y está disponible únicamente para pacientes elegibles con seguro comercial. La oferta solo está disponible para pacientes a los que se les ha diagnosticado una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para CIBINQO® (abrocitinib) o LITFULO® (ritlecitinib). No se puede presentar ninguna reclamación de reembolso por el producto dispensado de conformidad con esta oferta a ningún tercero pagador. No disponible para pacientes cubiertos por Medicaid, Medicare u otros programas de atención médica federales o estatales, incluidos los programas estatales de asistencia para medicamentos recetados y el Plan de Salud del Gobierno o para residentes de Massachusetts o Michigan. Para residentes de Minnesota o Rhode Island, disponible durante un máximo de seis meses. Disponible para un suministro de hasta 30 días. Los resurtidos están sujetos a limitaciones. La oferta de Interim Care no requiere, ni estará supeditada a, requisitos de compra de ningún tipo. Pfizer se reserva el derecho de modificar, rescindir o interrumpir este programa en cualquier momento sin previo aviso. Interim Care solo puede ser dispensado por la farmacia exclusiva y únicamente después de que se haya completado la investigación de beneficios y se produzca un retraso en el proceso de autorización previa, o se requiere una apelación. Oferta válida únicamente en los EE. UU. y Puerto Rico. La receta debe ser proporcionada por un proveedor de atención médica con licencia en los EE. UU. o Puerto Rico. Los pacientes que tengan planes de seguro que hayan establecido una exclusión del producto tanto de CIBINQO como de LITFULO no son elegibles para participar o continuar participando en el Programa Interim Care. La continuidad de la elegibilidad para el programa requiere 1. la presentación de la primera apelación durante los 60 días posteriores a la inscripción (o dentro del plazo requerido por el pagador, si fuera antes) en el Programa Interim Care y la presentación de la segunda apelación, si lo permite el pagador, durante los 60 días posteriores a la fecha de la primera denegación de apelación (o dentro del plazo requerido por el pagador, si es antes), 2. el cumplimiento de todos los requisitos de apelación del pagador y 3. los pacientes programan la dispensación inicial de la receta durante los 60 días posteriores a la inscripción. Si en algún momento durante la inscripción del paciente en el Programa Interim Care se produce un cambio en la cobertura del pagador en relación con el producto aplicable, Pfizer puede llevar a cabo una nueva investigación de beneficios y, si el pagador lo permite, se debe presentar una nueva solicitud de autorización previa y una apelación, si se deniega, en un plazo de 60 días (o dentro del plazo requerido por el pagador, si fuera antes) a partir de 1. la fecha de finalización de la investigación de beneficios, proporcionada por el Programa de acceso para el paciente de Pfizer Dermatology al proveedor de atención médica autorizado del paciente o 2. la fecha en que el pagador permite una nueva presentación, para la continuidad de elegibilidad en el programa, según lo que ocurra más tarde. Si no se produce ningún cambio en la cobertura del pagador, una vez transcurridos 12 meses desde la inscripción en el Programa Interim Care, se requiere receta médica actualizada y una investigación de beneficios para confirmar la continuidad de elegibilidad. Se deben cumplir todos los plazos de apelación del pagador para obtener asistencia continua. En el caso de los pacientes elegibles que participan en el programa y que no son residentes de Minnesota ni de Rhode Island, es posible que haya asistencia disponible durante un máximo de dos años en total, que es el máximo de por vida por paciente. El Programa Interim Care se aplica a todas las formulaciones de CIBINQO® (abrocitinib) o LITFULO® (ritlecitinib). Pueden aplicarse requisitos de elegibilidad adicionales. Comuníquese con Pfizer Dermatology Patient Access™ llamando al 1-833-956-DERM (1-833-956-3376) para obtener más detalles.

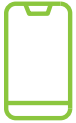
TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL VÁUCHER PARA EL PACIENTE

Al canjear este vóucher, usted reconoce que actualmente cumple con los requisitos de elegibilidad y que cumplirá con los siguientes términos y condiciones:

Recibirá un suministro de CIBINQO para 30 días o un suministro de LITFULO para 28 días por única vez. Solo los pacientes nuevos pueden utilizar este vóucher y cada paciente está limitado a un vóucher. Al canjear este vóucher, certifica que actualmente no está utilizando CIBINQO ni LITFULO. Este vóucher no puede transferirse, venderse, comprarse, intercambiarse ni falsificarse. Se debe presentar a la farmacia un vóucher original y una receta válida. **El vóucher solo se aceptará en farmacias participantes. No debe presentar ninguna reclamación de reembolso por el producto dispensado conforme a este vóucher a ningún tercero pagador, incluidos Medicare, Medicaid o cualquier otro programa de atención médica federal o estatal. No puede aplicar el valor del producto gratuito recibido a través de este vóucher a ningún cálculo de gastos de bolsillo de beneficios de seguros gubernamentales, como los gastos de bolsillo verdaderos (True Out-Of-Pocket, TrOOP) de la Parte D de Medicare.** Este vóucher no es válido en los lugares donde está prohibido por la ley. Este vóucher no puede combinarse con ningún otro descuento externo, prueba gratuita u oferta similar para adquirir el medicamento recetado especificado. Este vóucher no debe combinarse con muestras para el medicamento recetado especificado. **Este vóucher de prueba gratuita no es un seguro médico. Este vóucher de prueba gratuita no se puede utilizar para solucionar retrasos o falta de cobertura del seguro médico para el medicamento recetado especificado.** Oferta válida únicamente en los EE. UU. y Puerto Rico. No se necesita ninguna compra. Los pacientes no tienen la obligación de continuar usando CIBINQO ni LITFULO. Pfizer se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar esta oferta sin previo aviso. Este vóucher vence el 12/31/2027.

PROPORCIONE ESTA PÁGINA AL PACIENTE DURANTE SU VISITA.

Su médico ha enviado sus recetas a Pfizer Dermatology Patient Access™ para ayudarlo con su acceso a CIBINQO® (abrocitinib) o LITFULO® (ritilecitinib).



Llame al 1-833-956-DERM (1-833-956-3376) hoy
para analizar cómo Pfizer Dermatology Patient Access™ puede ayudarlo



**ESCANEE y guarde la información de contacto de
Pfizer Dermatology Patient Access™ en su teléfono.**

Pfizer no accede a los datos en el teléfono del usuario.

Pfizer Dermatology Patient Access™ trabajará con usted para determinar si tiene cobertura para CIBINQO o LITFULO a través de su seguro.

Qué esperar:

Un representante de apoyo al paciente de Pfizer Dermatology Patient Access™ lo llamará cuando reciba su receta. El número aparecerá como 1-833-956-3376 en la identificación de la llamada.

Los temas que se analizarán durante la llamada pueden ser los siguientes:

- Solicitudes de información faltante
- Información de cobertura del seguro
- Preferencia de farmacia

Una vez que se haya determinado y aprobado la cobertura a través de su plan de seguro, una farmacia especializada le enviará el medicamento o se transferirá a una farmacia de su elección.

Consulte la [Información de prescripción completa](#), incluido el **RECUADRO DE ADVERTENCIA**, la [Guía del medicamento](#) de CIBINQO® y la [Información de prescripción completa](#), incluido el **RECUADRO DE ADVERTENCIA**, y la [Guía del medicamento](#) de LITFULO®.

CERTIFICATION

TransPerfect is globally certified under the standards ISO 9001:2015, ISO 17100:2015, and ISO 18587:2017. This Translation Certificate confirms the included documents have been completed in conformance with the Quality Management System documented in its ISO process maps and are, to the best knowledge and belief of all TransPerfect employees engaged on the project, full and accurate translations of the source material.

File Name(s): 5PDP-241_v2a_PDPA Enr Form Upd Q2 2025
Source Language(s): English (United States)
Target Language(s): Spanish (United States)
TPT Job Number: US2127466
English GCMA Code: PP-CIB-USA-1855
Spanish GCMA Code: PP-CIB-USA-1918

Authorized Signature:



Name: Wendy Poon

Title: Executive Project Assistant

Date: August 22, 2025

Reason for signature: I approve the accuracy of this document content as written