






Programa de asistencia para pacientes de Pfizer: Formulario de inscripción para medicamentos del Grupo B

Este formulario de inscripción es para pacientes que desean solicitar recibir cualquiera de los medicamentos del Grupo B incluidos a continuación de manera gratuita a través del *Programa de asistencia para pacientes de Pfizer*. Si desea obtener ayuda con otros medicamentos de Pfizer o para conocer sobre otros programas de asistencia de Pfizer, llame al 844-989-PATH (7284) para hablar con un Asesor de acceso a medicamentos (lunes a viernes, de 8:00 A. M. a 6:00 P. M., hora del este).

¿Califico para la asistencia?

Para calificar para la asistencia, debe cumplir los siguientes requisitos:

- ✓ Haber obtenido una receta de un medicamento del **Grupo B** de Pfizer, incluidos:
 - Rapamune® (sirolimus)
 - Revatio® (sildenafil)
 - Revatio® (sildenafil) para suspensión oral
 - Tygacil® (tigeciclina) para inyección
 - Vfend® (voriconazol)
- ✓ Vivir en los Estados Unidos o territorio estadounidense
- ✓ No tener cobertura para medicamentos recetados ni cobertura suficiente para pagar el medicamento de Pfizer
- ✓ Cumplir determinados límites de ingresos (vea el gráfico a continuación)

Cant. de personas en su familia	Total de ingresos mensuales antes de impuestos	Total de ingresos anuales antes de impuestos
	Menos o igual a \$4047	Menos o igual a \$48 560
	Menos o igual a \$5487	Menos o igual a \$65 840
	Menos o igual a \$6927	Menos o igual a \$83 120
	Menos o igual a \$8367	Menos o igual a \$100 400
	Menos o igual a \$9807	Menos o igual a \$117 680

Si vive en Alaska o Hawái, o si su familia tiene más de 5 integrantes, llame al 866-706-2400.

Nota: los límites de ingresos están sujetos a cambios todos los años; los límites actuales reflejan las Pautas federales del nivel de pobreza de 2018.

El Programa de asistencia para pacientes 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.

Programa de asistencia para pacientes de Pfizer: Formulario de inscripción para medicamentos del Grupo B

¿Cómo puedo presentar la solicitud?

Si necesita asistencia inmediata con sus medicamentos del Grupo B, llame al 1-866-706-2400

Siga la lista de control a continuación al enviar su formulario de inscripción.

Recuerde lo siguiente:



Complete y firme la sección del paciente de este formulario de inscripción.



Solicite al médico que receta que complete y firme la sección que le corresponde y complete la sección de recetas/pedido de este formulario de inscripción.

✓ Reunir los siguientes documentos requeridos:

✓ Formulario de inscripción completo y firmado (páginas 3 a 5)

*Nota: conserve el formulario de HIPAA para sus propios registros.

✓ Una fotocopia de uno de los siguientes documentos que muestre el total de ingresos anuales:

- Declaración fiscal federal del año anterior (*formulario 1040 o 1040EZ*)
- Declaraciones de ingresos y fiscales (*Formularios W-2*)
- Dos comprobantes de pago recientes
- Declaraciones del Seguro Social, pensión o jubilación ferroviaria (*SSA-1099 o similar*)
- Declaraciones de intereses, dividendos u otros ingresos (*1099-INT, 1099, 1099-DIV o formularios similares*)

✓ Realizar una fotocopia de su formulario de inscripción y documentación de ingresos, comúnmente no se le devolverán

✓ Solicitar el médico que receta que envíe por fax (con una página membretada por el consultorio) o enviar por correo su solicitud a:

Programa de asistencia para pacientes de Pfizer
P.O. Box 566
Somerville, NJ 08876
Fax: 1-866-230-1678

Después de la solicitud, ¿cuáles son mis expectativas?

Se le notificará sobre su estado en el plazo de 2 a 3 días de haber recibido su formulario de inscripción. Si se lo ha aceptado, se le enviará una comunicación en la que se le describen los próximos pasos sobre dónde recibirá su medicamento y cómo se puede pedir durante su período de inscripción. Tygacil® (tigeciclina) se envía al consultorio del médico que receta y todos los demás medicamentos del Grupo B comúnmente se envían a la casa de un paciente.

El Programa de asistencia para pacientes 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.



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

2

Nombre del paciente: _____

Dirección del paciente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): _____

Cantidad total de personas en la familia (incluido el solicitante): _____ Total de ingresos anuales para toda la familia: _____

Envíe la documentación para respaldar la información financiera mencionada. Adjunto:

Declaración fiscal federal más reciente Formulario W-2 Otro

¿Tiene cobertura de seguros o cobertura para medicamentos recetados? Sí (De responder Sí, complete la sección 2) No (De responder No, omite la sección 2)

INFORMACIÓN DE COBERTURA Y SEGURO DE MEDICAMENTOS RECETADOS

2

¿El medicamento de Pfizer que se le ha recetado está cubierto por su plan de medicamentos recetados o plan de seguro? Sí No

Copago/costo de medicamento recetado (de conocerse): _____

Marque la casilla que describa mejor su tipo de cobertura:

Cobertura pública de medicamentos recetados (Cobertura proporcionada por el gobierno, incluida, entre otras: Parte D de Medicare/Medicaid/VA)

Cobertura privada de medicamentos recetados (Cobertura proporcionada a través de su empleador o cobertura que adquirió a través de un mercado estatal de seguros de salud)

Nombre de compañía de seguros primaria: _____ N.º de teléfono: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

N.º de Seguro Social del titular de la póliza: _____ ID del miembro o N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Nombre en la tarjeta de medicamentos recetados: _____ N.º de teléfono: _____

N.º de receta: _____ N.º de PCN _____ ID del miembro o N.º de póliza#: _____ N.º de grupo: _____

Nombre de compañía de seguros secundaria: _____ N.º de teléfono: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

N.º de Seguro Social del titular de la póliza: _____ ID del miembro o N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Nombre en la tarjeta de medicamentos recetados: _____ N.º de teléfono: _____

N.º de receta: _____ N.º de PCN _____ ID del miembro o N.º de póliza#: _____ N.º de grupo: _____

CONSENTIMIENTO Y PRIVACIDAD DEL PACIENTE (Lea y firme a continuación)

2

Pfizer, Pfizer Patient Assistance Foundation™ y las partes que actúan en su nombre usarán la información que proporcione para determinar la elegibilidad, para administrar y mejorar los programas de asistencia de Pfizer, para comunicarse con usted sobre su experiencia con los programas de asistencia de Pfizer, para ayudarlo a comprender su cobertura de seguro y para ayudarlo a acceder a determinados medicamentos de Pfizer a través de seguro o para enviarle materiales y otra información de utilidad así como actualizaciones en relación con programas de Pfizer. Al firmar a continuación, certifico que no puedo pagar mi medicamento y afirmo que mis respuestas y mis documentos de prueba de ingresos están completos, son fieles y exactos al mejor de mi entender.

Comprendo lo siguiente:

- Completar este formulario de inscripción no garantiza que reuniré los requisitos para los programas de asistencia de Pfizer.
- Pfizer puede comunicarse con mi aseguradora para ayudarme a comprender mi cobertura de seguro de determinados productos y puede ofrecerme asistencia para obtener cobertura a través de mi aseguradora, incluso antes de la autorización y asistencia para apelaciones (de ser necesario y estar disponible).
- Pfizer puede verificar la exactitud de la información que he proporcionado y puede solicitar más información financiera y de seguro.
- Pfizer puede obtener información de mi perfil de crédito de Experian Health para los fines de verificar mi elegibilidad de ingresos para el Programa de asistencia para pacientes de Pfizer.
- Los medicamentos proporcionados por programas de asistencia de Pfizer no se venderán, comercializarán, intercambiarán o transferirán.
- Pfizer se reserva el derecho de cambiar o cancelar los programas de asistencia de Pfizer, o de terminar mi inscripción, en cualquier momento.
- La asistencia proporcionada a través de este programa no depende de ninguna compra futura.

Certifico y confirmo que, si recibo medicamento(s) proporcionado(s) por Pfizer a través del Programa de asistencia para pacientes de Pfizer:

- Me comunicaré de inmediato con el Programa de asistencia para pacientes de Pfizer si cambia mi estado financiero o cobertura de seguro.
- No intentaré incluir este medicamento ni ningún costo de él en mis gastos de bolsillo de la Parte D de Medicare para medicamentos recetados.
- No solicitaré el reembolso o crédito por los medicamentos de mi proveedor o pagador de seguro para medicamentos recetados, incluidos los planes de la Parte D de Medicare.
- Notificaré a mi proveedor de seguro sobre haber recibido medicamentos a través del Programa de asistencia para pacientes de Pfizer.
- Tengo una copia firmada de un Formulario de autorización de la HIPAA completada en el registro de mi médico que receta de modo que este pueda compartir mi información médica con los programas de asistencia de Pfizer, Pfizer Inc. y la Pfizer Patient Assistance Foundation Inc.

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

X

Fecha:

El Programa de asistencia para pacientes 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.

P.O. Box 566, Somerville, NJ 08876

Tel.: 1-866-706-2400

Fax: 1-866-230-1678



Formulario de inscripción para medicamentos del Grupo B: **SECCIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA**



2

INFORMACIÓN DE MEDICAMENTO RECETADO/PEDIDO (Completar para los siguientes productos solamente)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vfend: 50 mg, suministro para 60 días | <input type="checkbox"/> Revatio, suspensión oral: 112 ml, 10 mg/ml, suministro para 90 días | <input type="checkbox"/> Rapamune: 2 mg, suministro para 90 días |
| <input type="checkbox"/> Vfend: 200 mg, suministro para 60 días | <input type="checkbox"/> Rapamune: 0,5 mg, suministro para 90 días | <input type="checkbox"/> Rapamune, suspensión oral: 60 ml, 1 mg/ml, suministro para 90 días |
| <input type="checkbox"/> Revatio: 20 mg, suministro para 90 días | <input type="checkbox"/> Rapamune: 1 mg, suministro para 90 días | |

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____
 Fecha de nacimiento: _____ N.º de teléfono: _____
 Dirección de envío (si es diferente a la anterior): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

MEDICAMENTO RECETADO (Para obtener información completa de recetas, visite www.pfizer.com)

Indicaciones: _____ Cantidad: _____ Reabastecimiento: _____ veces

Alergias a medicamentos: No Sí (De responder Sí, enumere los medicamentos y las reacciones asociadas): _____

Medicamentos concurrentes del paciente: _____

Otras afecciones conocidas: _____

Médico que receta (en letra de imprenta): _____

Firma del médico que receta: _____ Fecha: _____

Nota especial: Además de completar esta sección, los médicos que recetan de Nueva York deben enviar una receta en una receta en blanco estatal de Nueva York original. Los médicos que recetan en todos los demás estados solo deben enviar una receta en blanco específica del estado si se requiere en su estado, y la solicitud se envía por correo.

2

PRODUCTOS ADMINISTRADOS POR EL MÉDICO (Completar para Tygacil® (tigeciclina) solamente)

INFORMACIÓN DE TRATAMIENTO (Indique la cantidad de producto de Pfizer solicitada para asistencia para pacientes)

Nombre del paciente: _____

Fecha de inicio del tratamiento: _____

Frecuencia del tratamiento: _____

Tamaño del frasco: _____ Cant. de frascos: _____

El Programa de asistencia para pacientes 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.





Información del médico que receta (para ser completado por el médico que receta)

2

Nombre y cargo del médico que receta:

N.º de NPI:

N.º de ID fiscal:

N.º de licencia estatal:

N.º de DEA:

Nombre de contacto del consultorio:

Nombre del centro:

Dirección del centro:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Fax:

Dirección de correo electrónico del médico que receta:

Nombre del médico que supervisa y n.º de licencia de estado (si corresponde):

Código ICD-10 específico:

2

CONSENTIMIENTO Y PRIVACIDAD DEL MÉDICO QUE RECETA (Lea y firme a continuación)

Pfizer usará la información que proporcione para mejorar y personalizar nuestros productos y servicios para adaptarlos mejor a usted. Pfizer Patient Assistance Foundation™ y las partes que actúan en su nombre usarán la información para administrar y mejorar los programas de asistencia de Pfizer, para comunicarse con usted sobre su experiencia con programas de asistencia de Pfizer o para enviarle materiales y otra información útil y actualizaciones en relación con programas de Pfizer.

Al firmar a continuación, usted, el médico que receta, comprende y acepta lo siguiente:

- Certifico que la información proporcionada es actual, completa y precisa a mi leal saber y entender.
- Comprendo que completar este formulario de inscripción no garantiza que se le proporcionará asistencia a mi paciente.
- Pfizer o sus agentes pueden usar esta información según sea necesario para proporcionar asistencia de reembolso en nombre de su paciente para determinados productos de Pfizer, incluidos servicios como la verificación de beneficios, autorización previa y asistencia para apelaciones.
- Recibiré y aseguraré el medicamento de mi paciente en mi consultorio hasta que se le entregue, cuando corresponda.
- Cumpliré y respetaré las Leyes estatales de entrega del médico que receta para médicos que recetan autorizados, cuando corresponda.
- Los medicamentos proporcionados por Pfizer como consecuencia de este formulario de inscripción son para el uso del paciente designado en este formulario solamente y no se venderán, comercializarán, intercambiarán, transferirán, devolverán para obtener crédito ni se enviarán a un tercero (tal como Medicare, Medicaid u otro proveedor de beneficios) para obtener el reembolso.
- El medicamento se proporcionará solamente a este paciente elegible e inscrito sin cargo de ninguna clase.
- Pfizer puede comunicarse con el paciente directamente para confirmar la recepción de los medicamentos.
- La información proporcionada en este formulario de inscripción está sujeta a auditorías y verificación al azar.
- Pfizer puede cambiar o cancelar este programa en cualquier momento. Pfizer también se reserva el derecho de terminar la inscripción de mi paciente en cualquier momento.
- Notificaré a Pfizer de inmediato si el producto de Pfizer ya no es necesario según criterio médico para el tratamiento de este paciente o si el seguro o estado financiero de mi paciente cambia.
- Tengo una copia firmada en archivo del Formulario de autorización de la HIPAA completo y actual de mi paciente de modo que puedo compartir información médica de mi paciente con Pfizer o sus agentes pueden usar esta información según sea necesario para proporcionar asistencia de reembolso en nombre de su paciente para determinados productos de Pfizer, incluidos servicios como la verificación de beneficios, autorización previa y asistencia para apelaciones.



Firma del médico que receta

X

Fecha:

El Programa de asistencia para pacientes 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.

PARA PFIZER INC. Y PFIZER PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC.

PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE PFIZER

NO ENVÍE ESTE FORMULARIO CON SU FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN; ES PARA LOS REGISTROS DEL PACIENTE Y DEL MÉDICO QUE RECETA EXCLUSIVAMENTE

Para el paciente: Pfizer Inc y Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc. ofrecen programas de asistencia para pacientes (el “Programa”) para ayudar a los pacientes que reúnen los requisitos para obtener determinados medicamentos de Pfizer sin costo. Para determinar su elegibilidad para el Programa y para administrar su participación en el Programa en caso de ser aceptado, Pfizer, junto con sus compañías afiliadas y contratistas que administran el Programa, necesitan obtener determinada información sobre usted de su médico (que también se designa como “Médico” en este formulario). **Complete esta Autorización, firme y coloque la fecha, y devuélvala a su médico.**

Para el médico: **Conserve la Autorización original firmada con los registros del paciente y proporcione una copia al paciente. No es necesario que devuelva esta Autorización del paciente a Pfizer.**

Solicito y autorizo a mi Médico, _____, que proporcione a Pfizer Inc, incluidos los representantes y contratistas que trabajan en nombre de Pfizer en este Programa, e inclusive Express Scripts, Inc. (en conjunto, “Pfizer”), mi información médica protegida, incluida, entre otros, información sobre mi afección médica y tratamientos, que es necesaria para determinar mi elegibilidad para el Programa y para mi participación continuada en el Programa si se me acepta, para administrar el Programa, para representar mi retiro si decido interrumpir mi participación en este Programa y para evaluar la satisfacción del paciente y la eficacia general del Programa. El tipo de información que puede proporcionarse conforme a esta autorización puede incluir la siguiente:

- Mi nombre y fecha de nacimiento
- Mi dirección y número de teléfono
- Mi número de Seguro Social
- Información financiera sobre mí
- Información sobre mis beneficios de salud o cobertura de seguro médico
- Información sobre mi afección médica, de ser necesario

Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que esto es estrictamente voluntario. Además, comprendo que mi Médico no puede condicionar la disposición de mi tratamiento a la firma de esta autorización.

Sé que puedo cancelar (revocar) esta autorización en cualquier momento mediante comunicación por escrito a mi Médico a _____. Si cancelo esta autorización, mi Médico dejará de proporcionar a Pfizer, y sus representantes, información sobre mí. No obstante, no puedo cancelar las acciones que ya se han tomado teniendo en cuenta mi autorización.

Comprendo que, una vez que mi Médico proporcione a Pfizer información sobre mí en función de esta autorización, las leyes de privacidad federales no pueden evitar que Pfizer divulgue adicionalmente mi información. También comprendo que, firmar esta autorización no garantiza que seré aceptado en un programa de asistencia para pacientes de Pfizer.

Esta autorización caducará un (1) año después de la fecha de su firma, a continuación, o un (1) año después de la última fecha en que reciba medicamentos conforme al Programa, lo que sea posterior, o según lo exijan las leyes estatales.

Paciente o representante personal del paciente *{En caso de representante personal, indicar la autoridad para firmar en nombre del paciente (si corresponde)}*

Firma _____

Fecha _____

Nombre (en letra de imprenta) _____

Devuelva el formulario firmado a su Médico. Tiene derecho a recibir una copia para sus registros.