

# Programa de asistencia para pacientes de Pfizer:

## Instrucciones para el formulario de inscripción del Grupo D






Este formulario de inscripción es para pacientes que desean solicitar recibir Lyrica® (pregabalina) CV o Lyrica® CR (pregabalina) de liberación prolongada, comprimidos, CV 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 recibir medicamentos gratis a través del Programa de asistencia para pacientes de Pfizer?

Debe completar este formulario de inscripción si:

- ✓ Se le ha recetado Lyrica® (pregabalina) o Lyrica® CR (pregabalina) de liberación prolongada, comprimidos CV
- ✓ Vive en los Estados Unidos o territorio estadounidense
- ✓ No tiene 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 la fundación Pfizer Patient Assistance Foundation™. La fundación Pfizer Patient Assistance Foundation es una entidad legal separada de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.



P.O. Box 8509, Somerville, NJ 08876

Tel.: 866-706-2400

Fax: 833-273-4937

PP-PAT-USA-0836

© 2018 Pfizer Inc.

Impreso en Estados Unidos/Julio de 2018



Grupo D [1 de 4]

# Programa de asistencia para pacientes de Pfizer:

## Instrucciones para el formulario de inscripción del Grupo D

### ¿Cómo puedo presentar la solicitud?

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



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



Solicite a su médico que receta que complete y firme la sección que le corresponde de este formulario de inscripción.

**Nota: NO envíe los registros médicos del paciente o cualquier otra documentación del paciente que no se le haya solicitado. Se rechazarán los formularios de inscripción si se envían estos materiales adicionales.**

#### ✓ Reunir los siguientes documentos requeridos:

- ✓ **Formulario de inscripción completo y firmado (páginas 3 a 4)**  
Nota: no envíe las instrucciones, y conserve el formulario de la HIPAA para sus propios registros.
- ✓ **Una fotocopia de uno de los siguientes documentos que muestre el total de ingresos anuales:**
  - Páginas 1 y 2 de su 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*)
- ✓ **Una receta original de su médico que receta**
  - Nota: si vive en Nueva York, su médico que receta debe enviar su receta mediante e-Prescribe a AmeriPharm/MedVantx, 2503 E. 54th Street N, Sioux Falls, SD 57104 (Número de NPI: 1073692745; Número de NCPDP: 4351968)
  - Consulte la sección del médico que receta de este formulario de inscripción para conocer los requisitos de medicamentos recetados
- ✓ **Una fotocopia de su identificación válida con fotografía emitida por el gobierno (por ej., licencia de conducir, identificación del ejército)**
- ✓ **Una fotocopia del frente y dorso de su tarjeta de cobertura de medicamentos recetados (para pacientes que tienen cobertura de medicamentos recetados solamente)**
  
- ✓ **Realizar una fotocopia de su documentación de inscripción, dado que comúnmente no se le devolverá**
- ✓ **Enviar por correo o solicitar a su médico que receta que envíe por fax (con una página membretada del consultorio y anuncio de fax) su documentación de inscripción a:**

Programa de asistencia para pacientes de Pfizer  
P.O. Box 8509  
Somerville, NJ 08876  
Fax: 833-273-4937

### Después de la solicitud, ¿cuáles son mis expectativas?

Se le notificará sobre su estado en el plazo de 2 a 3 semanas de haber presentado su formulario de inscripción. Si se lo ha aceptado, se le enviará una comunicación en la que se le proporciona el plazo de inscripción y cuándo recibirá en su hogar el envío del primer producto.

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 8509, Somerville, NJ 08876

Tel.: 866-706-2400

Fax: 833-273-4937

PP-PAT-USA-0836

© 2018 Pfizer Inc.

Impreso en Estados Unidos/Julio de 2018



Grupo D [2 de 4]

# Formulario de inscripción para medicamentos del Grupo D: SECCIÓN DEL PACIENTE

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer

Dirección de envío del paciente (no se incluyen casillas postales): \_\_\_\_\_

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: \$ \_\_\_\_\_

Sus ingresos anuales familiares incluyen el salario actual anual, Seguro Social, beneficios de seguro por desempleo e indemnización del trabajador. La información que proporcione está sujeta a auditorías y verificación al azar.

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

Páginas 1 y 2 de su declaración fiscal federal más reciente  Formulario W-2  Otro

**Recordatorio:** Incluya la receta original de su médico que receta y una fotocopia de su identificación con fotografía emitida por el gobierno válida con su envío.

**Nota:** si vive en Nueva York, su médico que receta debe enviar su receta mediante e-Prescribe a AmeriPharm/MedVantx, 2503 E. 54th Street N, Sioux Falls, SD 57104 (Número de NPI: 1073692745; Número de NCPDP: 4351968)

2

## INFORMACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

¿Tiene cobertura para medicamentos recetados?  
 Sí (de responder Sí, complete las preguntas restantes en la sección 2)  No (de responder No, vaya a la sección 3)

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

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)

**Recordatorio:** Realice una fotocopia del frente y dorso de su tarjeta de cobertura de medicamentos recetados y envíela junto con su formulario de inscripción completo.

3

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

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 el Programa de asistencia para pacientes de Pfizer, para comunicarse con usted sobre su experiencia con el Programa de asistencia para pacientes de Pfizer o para enviarle materiales y otra información útil y 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 el Programa de asistencia para pacientes de Pfizer.
- Pfizer puede verificar la exactitud de la información que he proporcionado y puede solicitar más información financiera y 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 el Programa de asistencia para pacientes de Pfizer no se venderán, comercializarán, intercambiarán o transferirán.
- Pfizer se reserva el derecho de cambiar o cancelar el Programa de asistencia para pacientes de Pfizer, o para 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 sobre mí con el Programa de asistencia para pacientes de Pfizer, Pfizer Inc. y la Pfizer Patient Assistance Foundation Inc.



Firma del paciente

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 8509, Somerville, NJ 08876

Tel.: 866-706-2400

Fax: 833-273-4937

PP-PAT-USA-0836

© 2018 Pfizer Inc.

Impreso en Estados Unidos/Julio de 2018



Grupo D [3 de 4]



**RECORDATORIO:** **NO** envíe los registros médicos del paciente o cualquier otra documentación del paciente que no se le haya solicitado. Se **rechazarán** los formularios de inscripción en caso de enviar estos materiales adicionales.

**INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA****1**

Nombre y cargo del médico que receta:

N.º DEA:

N.º de NPI:

N.º de licencia estatal:

N.º de NPI:

Dirección del consultorio:

Dirección de correo electrónico:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Fax:

Médico que supervisa (si corresponde):

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE****2**Alergias a medicamentos:  No  Sí (de responder Sí, enumere los medicamentos y las reacciones asociadas):

Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre que toma actualmente el paciente:

Otras afecciones conocidas:

 **Recordatorio:** Adjunte una receta original con una firma original a este formulario de inscripción.

La receta debe incluir lo siguiente:

- Nombre y apellido del paciente
- Fecha de nacimiento del paciente
- Número de teléfono del paciente
- Dirección de envío particular del paciente (no incluya una casilla postal)

Al enviar:

- Procure cumplir con los requisitos de medicamentos recetados específicos del estado, tal como recetas electrónicas, formulario de medicamentos recetados específicos del estado, lenguaje de fax, etc.
- Cumpla con las pautas de medicamentos recetados del estado para una sustancia controlada del Calendario V.
- Verifique que la cantidad, el suministro de día y las instrucciones coincidan en la receta y que el medicamento que receta esté claramente indicado.

Tenga en cuenta:

- Las recetas se entregarán según estén escritas, siempre y cuando no se solicite un suministro para más de 90 días del medicamento por entrega.
- Si se incluyen recargas en la receta original, usted o su paciente pueden llamar al 866-706-2400 para solicitarlas.
- Las nuevas recetas deben enviarse por fax (con una página membretada del consultorio, cartel de fax y dirección de envío del paciente indicada) al 833-273-4937.

**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 también usarán la información para administrar y mejorar el Programa de asistencia para pacientes de Pfizer, para comunicarse con usted sobre su experiencia con el Programa de asistencia para pacientes de Pfizer, o para enviarle materiales y otra información útil y actualizaciones en relación con programas de Pfizer.

Comprendo 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.
- 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 al Programa de asistencia para pacientes de 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 el expediente del Formulario de autorización de la HIPAA completo y actual de mi paciente de modo que puedo compartir información médica del paciente con el Programa de asistencia para pacientes de Pfizer, Pfizer Inc, y Pfizer Patient Assistance Foundation Inc.



Firma del médico que receta

X

Fecha:

El Programa de asistencia para pacientes de Pfizer es un programa conjunto de Pfizer Inc. y la Pfizer Patient Assistance Foundation™. La Pfizer Patient Assistance Foundation es una entidad legal separada de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.



P.O. Box 8509, Somerville, NJ 08876

Tel.: 866-706-2400

Fax: 833-273-4937

PP-PAT-USA-0836

© 2018 Pfizer Inc.

Impreso en Estados Unidos/Julio de 2018



Grupo D [4 de 4]

**Formulario de autorización de la HIPAA para la divulgación de información del paciente  
PARA PFIZER INC. Y LA PFIZER PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC.  
PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE PFIZER**

NO ENVÍE ESTE FORMULARIO CON SU SOLICITUD; 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, y 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 debido 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.***