

Programa de Asistencia para Pacientes de Pfizer: Instrucciones para el formulario de inscripción en el Grupo A

Este formulario de inscripción es para pacientes que desean hacer una solicitud para recibir de forma gratuita cualquiera de los medicamentos del Grupo A que se incluyen a continuación a través del Programa de Asistencia para Pacientes de Pfizer.

Importante: si desea solicitar recibir Lyrica® (pregabalina) de manera gratuita a través del Programa de Asistencia para Pacientes de Pfizer, visite www.PfizerRxPathways.com y descargue la solicitud del Grupo D.

Si desea obtener ayuda con otros medicamentos de Pfizer, o conocer 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).

¿Reúno los requisitos para obtener medicamentos gratuitos a través del Programa de Asistencia para Pacientes de Pfizer?

Usted debe completar este formulario de inscripción si:


✓ Se le ha recetado un medicamento de Pfizer del Grupo A, incluyendo:

- Arthrotec® (diclofenaco sódico/misoprostol)
- Caduet® (besilato de amlodipina/atorvastatina cálcica)
- Caverject® (alprostadil) para inyección
- Celebrex® (celecoxib) cápsulas
- Celontin® (metsuximida) cápsulas
- Chantix® (vareniclina)
- Cleocin® (clindamicina)
- Depo®-Estradiol (cipionato de estradiol) inyección
- Depo-Provera® (acetato de medroxiprogesterona) suspensión inyectable
- Depo-subQ Provera 104® (acetato de medroxiprogesterona) suspensión inyectable, 104 mg/0.65 mL
- Detrol® (tartrato de tolterodina)
- Detrol® LA (tartrato de tolterodina) cápsulas de liberación prolongada
- Dilantin® (suspensión oral de fenitoína, fenitoína, y fenitoína sódica prolongada)
- Duavee® (estrógenos combinados/bazedoxifeno)
- Estring® (anillo vaginal con estradiol)
- Feldene® (piroxicam)
- Flector® Parche (diclofenac epolamina) parche tópico
- Fragmin® (dalteparina sódica)
- Glyset® (miglitol)
- Heparin® inyección sódica
- Inspra® (eplerenona)
- Lincocin® (lincomicina)
- Menest® (estrógenos esterificados)
- Mycobutin® (rifabutin)
- Nicotrol® (nicotina)
- Nitrostat® (nitroglicerina)
- Norpace® (fosfato de disopiramida)
- Phospholine Iodide® (yoduro de ecotiofato)
- Premarin® (estrógenos combinados)
- Premarin® (estrógenos combinados) crema vaginal
- Premphase® (estrógenos combinados más acetato de medroxiprogesterona) tabletas
- Prempro® (estrógenos combinados/ acetato de medroxiprogesterona) tabletas
- Pristiq® (desvenlafaxina)
- Relpax® (eletriptán HBr)
- Skelaxin® (metaxalona)
- Synarel® (acetato de nafarelina)
- Tikosyn® (dofetilida)
- Toviaz® (fumarato de fesoterodina)
- Trecator® (etionamida) tabletas
- Viagra® (citrato de sildenafil) tabletas
- Zorontin® (etosuximida)

✓ Vivir en Estados Unidos o un territorio de los EE.UU.

✓ No tener cobertura de medicamentos con receta, o no tener cobertura suficiente, para pagar por su medicamento de Pfizer

✓ Cumplir con ciertos límites de ingresos (ver tabla de abajo):

N° de integrantes de su núcleo familiar	Ingresos mensuales totales antes de impuestos	Ingresos anuales totales antes de impuestos
	Inferiores o iguales a \$4,163	Inferiores o iguales a \$49,960
	Inferiores o iguales a \$5,637	Inferiores o iguales a \$67,640
	Inferiores o iguales a \$7,110	Inferiores o iguales a \$85,320
	Inferiores o iguales a \$8,583	Inferiores o iguales a \$103,000
	Inferiores o iguales a \$10,057	Inferiores o iguales a \$120,680

Si vive en Alaska o Hawái, o si su núcleo familiar tiene más de 5 integrantes, por favor, 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 2019.

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: 866-470-1748

PP-PAT-USA-1055

© 2019 Pfizer Inc.

Todos los derechos reservados.

Impreso en EE.UU./Mayo de 2019



Programa de Asistencia para Pacientes de Pfizer: Instrucciones para el formulario de inscripción en el Grupo A

¿Cómo puedo presentar la solicitud?

Por favor, siga la siguiente lista de verificación cuando envíe su formulario de inscripción.



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



Solicite al médico que expide sus recetas que complete y firme la sección que le corresponde en este formulario de inscripción.

Nota: por favor, NO enviar los registros médicos del paciente o cualquier otra documentación del paciente que no haya sido solicitada. Se rechazarán los formularios de inscripción en caso de que se envíen estos materiales adicionales.

✓ Reunir los siguientes documentos requeridos:

✓ Formulario de inscripción completo y firmado

Nota: por favor, no envíe las instrucciones, y conserve el formulario de la HIPAA para sus propios registros.

- Si usted está inscrito(a) actualmente y está aplicando para renovar su inscripción, por favor, incluya su n° de ID de Paciente en la Página 3. Encontrará su ID de Paciente en cualquier carta que haya recibido del *Programa de Asistencia para pacientes de Pfizer*, o puede llamarnos al 1-866-706-2400 para averiguar su número de ID de paciente.
Por favor, tenga en cuenta que no podemos procesar una solicitud de renovación de inscripción con anterioridad a los 6 meses previos a la fecha en que termine su actual período de inscripción.

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

- Páginas 1 y 2 de su declaración fiscal federal del año anterior (*formulario 1040 o 1040EZ*)
- Declaraciones de salario e impuestos (*formularios W-2*)
- Dos recibos de sueldo 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*)

✓ Si usted está inscrito(a) en un Plan Medicare Parte D, una fotocopia del frontal y el dorso de su tarjeta medicare Parte D.

✓ Haga una fotocopia de su documentación de inscripción, ya que no se le devolverá

✓ Solicite al médico que le expide recetas que envíe por fax (con una página membretada por el consultorio) o envíe por correo su solicitud a:

Programa de Asistencia para Pacientes de Pfizer
P.O. Box 8509
Somerville, NJ 08876
Fax: 866-470-1748

Después de aplicar, ¿qué puedo esperar?

Se le notificará sobre su estado en el plazo de 2 a 3 semanas de haber presentado su formulario de inscripción. De ser usted aceptado(a), se le enviará una carta proporcionándole el plazo de inscripción y los próximos pasos sobre cómo recibirá su medicamento a través del programa.

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: 866-470-1748

PP-PAT-USA-1055

© 2019 Pfizer Inc.

Todos los derechos reservados.

Impreso en EE.UU./Mayo de 2019



Formulario de Inscripción para Medicamentos del Grupo A: SECCIÓN DEL/LA PACIENTE

INFORMACIÓN DEL/LA PACIENTE (Todos los campos son obligatorios):

1

Actualmente estoy inscrito(a) en el Programa de Asistencia para pacientes de Pfizer y quiero renovar mi inscripción:

Sí No, soy paciente nuevo(a)

Número de ID del/la Paciente (si es usted paciente recurrente): _____

Nombre del/la Paciente: _____

Dirección del/la Paciente: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Número total de personas dentro del núcleo familiar (incluyendo el/la solicitante): _____

Ingresos anuales totales del núcleo familiar al completo: \$ _____

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

Por favor, envíe la documentación de respaldo de la información financiera que ha enumerado. Se adjunta:

Páginas 1 y 2 de su declaración fiscal federal Formulario W-2 Otra

INFORMACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

2

¿Tiene usted cobertura para medicamentos recetados? Sí (de ser Sí, por favor, complete esta sección) No (de ser No, pase a la sección 3)

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

Por favor, marque la casilla que describa mejor su tipo de cobertura:

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

¿Está usted inscrito(a) en un Plan de Fármacos Recetados Parte D de Medicare? _____

Sí (De ser Sí, por favor, complete la información que aparece abajo) No (de ser No, pase a la sección 3)

Proporcione su Número de ID de Medicare (HICN) o Número de Beneficiario(a) de Medicare (MBI): _____

Proporcione su nombre en el Plan Parte D y su dirección completa y envíe una copia del frontal y el dorso de su tarjeta Parte D de Medicare junto con su formulario de inscripción: _____

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

3

Pfizer, Pfizer Patient Assistance Foundation™ y las partes que actúan en su nombre usarán la información que usted 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.

Firmando a continuación, certifico que no puedo pagar mi medicación y afirmo que mis respuestas y mis documentos de prueba de ingresos están completos y son fieles y exactos a mi mejor saber y entender.

Comprendo lo siguiente:

- Completar este formulario de inscripción no garantiza que reúna 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 de seguro.
- Ningún medicamento proporcionado por el Programa de Asistencia para Pacientes de Pfizer se venderá, comercializará, intercambiará o transferirá.
- Pfizer se reserva el derecho de cambiar o cancelar el Programa de Asistencia para Pacientes de Pfizer, o de rescindir mi inscripción, en cualquier momento.
- La asistencia proporcionada a través de este programa no depende de ninguna compra futura.
- Si estoy inscrito(a) en el Plan de Medicare Parte D y soy elegible para el Programa de Asistencia para pacientes de Pfizer, Pfizer notificará mi Plan Parte D de mi inscripción en el Programa de Asistencia para pacientes de Pfizer.

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 en caso de cambio en mi estado financiero o cobertura de seguro.
- No intentaré incluir este medicamento ni ningún costo de él en mis gastos de bolsillo reales (TrOOP) 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 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 Expendedor 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/la Paciente

(Padre o tutor legal, si es menor de 18 años)

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: 866-470-1748



SECCIÓN DEL MÉDICO EXPEDIDOR



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

INFORMACIÓN DEL MÉDICO EXPEDIDOR (Todos los campos son obligatorios):

1

Nombre y cargo del Médico Expedidor:

N.º DEA:

N.º de NPI:

N.º de licencia estatal:

Dirección de envío del consultorio:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Fax:

Dirección de correo electrónico del Médico Expedidor:

2

INFORMACIÓN DE PEDIDO DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Esto solo es válido para usar con el Programa de Asistencia para Pacientes de Pfizer, y sirve como el medicamento recetado para el primer pedido del paciente (hasta un suministro de 90 días) a través del programa. Los pedidos de reposición deberán realizarse por medio de una inscripción del paciente en www.PfizerPAP.com, o mediante un sistema automático de pedidos al 855-742-7497.

Nombre del/la Paciente:

Número de ID del/la Paciente (si es paciente recurrente):

Nombre del producto:

Potencia:

Cantidad para 90 días:

Nombre del producto:

Potencia:

Cantidad para 90 días:

Nombre del producto:

Potencia:

Cantidad para 90 días:

3

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

Pfizer usará la información que proporcione para mejorar y personalizar nuestros productos y servicios para adaptarlos mejor a usted. La 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.

Firmando abajo, usted, el Médico Expedidor, comprende y acepta lo siguiente:

- Recibiré y aseguraré el medicamento de mi paciente en mi consultorio hasta que se le entregue, cuando corresponda.
- Todos los medicamentos proporcionados por Pfizer como consecuencia de este formulario de inscripción son para 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, ni se aplicará ningún costo relacionado con él a ningún costo de bolsillo real (TrOOP) del/la Paciente.
- Certifico que la información proporcionada es actual, completa y precisa a mi mejor saber y entender.
- Certifico que mi decisión de recetar un producto de Pfizer se basa únicamente en mi propio juicio independiente.
- 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 Expedidor para médicos que recetan autorizados, cuando corresponda.
- 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/la paciente con el Programa de Asistencia para Pacientes de Pfizer, Pfizer Inc, y la Pfizer Patient Assistance Foundation Inc.



Firma del Médico Expedidor

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: 866-470-1748

PP-PAT-USA-1055

© 2019 Pfizer Inc.

Todos los derechos reservados.

Impreso en EE.UU./Mayo de 2019



**Formulario de Autorización de la HIPAA para la divulgación de información del/la 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
EXPEDIDOR EXCLUSIVAMENTE

Para el/la Paciente: Pfizer Inc y la Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc. ofrecen programas de asistencia para pacientes (el "Programa") para ayudar a pacientes que reúnan los requisitos a obtener determinados medicamentos de Pfizer sin costo para ellos. Para determinar su elegibilidad para el Programa y para administrar su participación en el Programa en caso de ser aceptado(a), 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). Por favor, complete esta autorización, fírmela y féchela, y devuélvasela 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, _____, a que proporcione a Pfizer Inc, incluidos los representantes y contratistas que trabajan en nombre de Pfizer en este Programa, e inclusive Conduent Patient Access Solutions (en conjunto, "Pfizer"), mi información médica protegida, incluida, entre otra, 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. La clase 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 necesaria

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 hayan 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(a) 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 (por favor, en letra de imprenta) _____

Por favor, devuelva el formulario firmado a su Médico. Usted tiene derecho a recibir una copia para sus registros.