

# Programa de Asistencia para Pacientes de Pfizer:






## Instrucciones para el formulario de inscripción en el 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).

### ¿Reúno los requisitos para la asistencia?

Para calificar para la asistencia, usted debe reunir los siguientes requisitos:

- ✓ **Se le ha recetado un medicamento de Pfizer del Grupo B, incluyendo:**
  - Rapamune® (sirolimus)
  - Revatio® (sildenafil) tabletas
  - Revatio® (sildenafil) suspensión oral
  - Tygacil® (tigeciclina) para inyección
  - Vfend® (voriconazol)
  - Rapamune® (sirolimus) suspensión oral
- ✓ **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	Total de ingresos anuales 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 855-239-9869.

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 Pfizer Patient Assistance Foundation™. La Pfizer Patient Assistance Foundation es una entidad legal separada de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.

PO Box 220574, Charlotte, NC 28222-0574

Tel.: 1-855-239-9869

Fax: 1-855-998-6951

PP-PAT-USA-1056

© 2019 Pfizer Inc.

Todos los derechos reservados.

Impreso en EE.UU./ Junio de 2019



# Programa de Asistencia para Pacientes de Pfizer:

## Instrucciones para el Formulario de Inscripción en el Grupo B

### ¿Cómo puedo presentar la solicitud?

Si necesita asistencia inmediata con sus medicamentos del Grupo B, por favor, llame al 1-855-239-9869.

**Siga la lista de verificación 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 expedidor 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: 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 al Paciente de Pfizer* o llamándonos al 1-855-239-9869.

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 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

### ✓ Solicitar al médico expedidor que envíe por fax (con una página membretada por el consultorio) o enviar por correo sus documentos de solicitud a:

Programa de Asistencia para Pacientes de Pfizer  
PO Box 220574  
Charlotte NC 28222-0574  
Fax: 1-855-998-6951

### Después de aplicar, ¿qué puedo esperar?

Se le notificará sobre su estado en el plazo de 2 a 3 días de haber recibido su formulario de inscripción. De ser usted aceptado(a), se le enviará una carta 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 al hogar de un paciente.

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.

PO Box 220574, Charlotte, NC 28222-0574

Tel.: 1-855-239-9869

Fax: 1-855-998-6951

PP-PAT-USA-1056

© 2019 Pfizer Inc.

Todos los derechos reservados.

Impreso en EE.UU./ Junio de 2019



Grupo B [2 de 5]

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

2

Nombre del/la Paciente:

Estoy inscrito(a) actualmente en el Programa de Asistencia para Pacientes de Pfizer y quiero renovar mi inscripción:  Sí  No, soy nuevo(a) paciente

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

Dirección de correo del/la Paciente:

Ciudad: Estado: Código postal:

Dirección de envío al Paciente: (de ser diferente de la dirección de correo indicada arriba) No haremos envíos a apartados de correos.

Ciudad: Estado: Código postal:

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

Número total de personas en el núcleo familiar (incluyendo al/la solicitante): Ingresos anuales totales del núcleo familiar al completo:

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

Declaración fiscal federal más reciente  Formulario W-2  Otra

¿Tiene cobertura de seguros o cobertura para medicamentos recetados?  Sí (de ser Sí, por favor, complete esta sección)  No (de ser No, pase a 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 del medicamento recetado (de conocerse):

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):

2

Pfizer, la 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. 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 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.
- 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.
- 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 si cambia 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 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 Expedidor 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, de ser 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™.

La Pfizer Patient Assistance Foundation es una entidad legal separada de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.

PO Box 220574, Charlotte, NC 28222-0574

Tel.: 1-855-239-9869

Fax: 1-855-998-6951



# Formulario de Inscripción para medicamentos del Grupo B: SECCIÓN DEL MÉDICO EXPEDIDOR



2

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

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vfend: 50 mg, suministro para 30 días                               | <input type="checkbox"/> Revatio, suspensión oral: 112 ml, 10 mg/ml, suministro para 90 días | <input type="checkbox"/> Rapamune, suspensión oral: 60 ml, 1 mg/ml, suministro para 30 días |
| <input type="checkbox"/> Vfend: 50 mg, suministro para 60 días                               | <input type="checkbox"/> Vfend: 0.5 mg, suministro para 30 días                              | <input type="checkbox"/> Rapamune, suspensión oral: 60 ml, 1 mg/ml, suministro para 90 días |
| <input type="checkbox"/> Vfend: 200 mg, suministro para 30 días                              | <input type="checkbox"/> Rapamune: 0.5 mg, suministro para 90 días                           |   |
| <input type="checkbox"/> Vfend: 200 mg, suministro para 60 días                              | <input type="checkbox"/> Rapamune: 1 mg, suministro para 30 días                             |   |
| <input type="checkbox"/> Revatio: 20 mg, suministro para 30 días                             | <input type="checkbox"/> Rapamune: 1 mg, suministro para 90 días                             |   |
| <input type="checkbox"/> Revatio: 20 mg, suministro para 60 días                             | <input type="checkbox"/> Rapamune: 2 mg, suministro para 30 días                             |   |
| <input type="checkbox"/> Revatio, suspensión oral: 112 ml, 10 mg/ml, suministro para 30 días | <input type="checkbox"/> Rapamune: 2 mg, suministro para 90 días                             |   |

## INFORMACIÓN DEL/LA PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
Número de ID del/la Paciente (si es paciente recurrente): \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección de envío (De ser diferente a la indicada arriba): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTO RECETADO** (Para obtener información completa sobre recetas, visite [www.pfizer.com](http://www.pfizer.com))

Indicaciones: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ Reabastecimiento: \_\_\_\_\_ veces

Alergias a medicamentos:  No  Sí (De ser Sí, enumere los medicamentos y las reacciones asociadas): \_\_\_\_\_

Medicamentos concurrentes del/la Paciente: \_\_\_\_\_

Otras afecciones conocidas: \_\_\_\_\_

Médico Expedidor (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

 Firma del Médico Expe \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Nota especial:** Además de completar esta sección, los médicos expedidores de Nueva York deben enviar una receta en una receta en blanco estatal de Nueva York original. Los médicos expedidores 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.

Para recetas electrónicas, envíe la receta a través de e-Prescribe a AmeriPharm/MedVantx, 2503 E. 54th Street N, Sioux Falls, SD 57104 (Número NPI: 1073692745; número NCPDP 4351968)

2

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

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

Nombre del/la 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 la Pfizer Patient Assistance Foundation™. La Pfizer Patient Assistance Foundation es una entidad legal separada de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.

PO Box 220574, Charlotte, NC 28222-0574

Tel.: 1-855-239-9869

Fax: 1-855-998-6951

PP-PAT-USA-1056

© 2019 Pfizer Inc.

Todos los derechos reservados.

Impreso en EE.UU./ Junio de 2019



# Formulario de inscripción para medicamentos del Grupo B: SECCIÓN DEL MÉDICO EXPEDIDOR



Información del Médico Expedidor *A completar por el Médico Expedidor (Todos los campos son obligatorios):*

2

Nombre y cargo del Médico Expedidor:

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 Expedidor:

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

Código ICD-10 específico:

2

## 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 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.

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

- 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.
- Pfizer y/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 expeditor para médicos expedidores autorizados, 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.
- El medicamento se proporcionará solamente a este paciente elegible e inscripto 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 rescindir 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 los programas de asistencia de Pfizer, Pfizer Inc., y la Pfizer Patient Assistance Foundation Inc. Pfizer y/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 Expedidor

X

Fecha:

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

PO Box 220574, Charlotte, NC 28222-0574

Tel.: 1-855-239-9869

Fax: 1-855-998-6951

PP-PAT-USA-1056

© 2019 Pfizer Inc.

Todos los derechos reservados.

Impreso en EE.UU./ Junio de 2019



Grupo B [5 de 5]

Esta página se ha dejado en blanco intencionadamente

PARA PFIZER INC. Y LA 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 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 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(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, firmela y féchela, y devuélvasela a su médico.**

**Para el Médico:** **Por favor, 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 Lash Group (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 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 sea 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 (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.***