

# Programa de Asistencia para Pacientes de Pfizer:

## Instrucciones para el formulario de inscripción en el Grupo D

Este formulario de inscripción es para pacientes que desean solicitar recibir **Lyrica® (pregabalina) CV** o **Lyrica® CR (pregabalina) tabletas de liberación prolongada 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 gratuitos a través del Programa de Asistencia para Pacientes de Pfizer?

Usted debe completar este formulario de inscripción si:

- ✓ Se le ha recetado Lyrica® CV (pregabalina) o Lyrica® CR (pregabalina) tabletas de liberación prolongada CV
- ✓ 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 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: 833-273-4937

PP-PAT-USA-1058 © 2019 Pfizer Inc.

Todos los derechos reservados.

Impreso en EE.UU./Mayo de 2019



Grupo D [1 de 6]

# Programa de Asistencia para Pacientes de Pfizer:

## Instrucciones para el formulario de inscripción en el Grupo D

### ¿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 envíe los registros médicos del paciente o cualquier otra documentación del paciente que no se 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: 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 llámenos al 1-866-706-2400.

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*)

##### ✓ Una receta original de su Médico Expedidor

- **Nota:** Si usted vive en Nueva York, su Médico Expedidor debe enviar su receta a través de e-Prescribe a: AmeriPharm/MedVantx, 2503 E. 54th Street N, Sioux Falls, SD 57104 (Número de NPI: 1073692745; Número de NCPDP: 4351968)
- Por favor, consulte la sección del Médico Expedidor de este formulario de inscripción para conocer los requisitos para medicamentos recetados

##### ✓ Una fotocopia de su identificación válida con fotografía emitida por el gobierno (p. ej., licencia de conducir, identificación del ejército)

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

##### ✓ 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 y sus documentos a:

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

### 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 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 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-1058 © 2019 Pfizer Inc.

Todos los derechos reservados.

Impreso en EE.UU./Mayo de 2019



Grupo D [2 de 6]

# 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: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer

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 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 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 más reciente  Formulario W-2  Otra

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

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

## INFORMACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

2

¿Tiene usted cobertura para medicamentos recetados?

Sí (de ser Sí, complete las preguntas restantes en la sección 2)  No (de ser No, pase a la sección 3)

¿El medicamento 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 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: \_\_\_\_\_

# SECCIÓN DEL/LA PACIENTE



3

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

Pfizer, la 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 para rescindir mi inscripción, en cualquier momento.
- La asistencia proporcionada a través de este programa no depende de ninguna compra futura.
- Si estoy inscripto(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 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 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

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-1058 © 2019 Pfizer Inc.

Todos los derechos reservados.

Impreso en EE.UU./Mayo de 2019





# SECCIÓN DEL MÉDICO EXPEDIDOR

**RECORDATORIO:** *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 licencia estatal: \_\_\_\_\_

N.º de NPI: \_\_\_\_\_

Dirección del consultorio: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Médico Supervisor (de corresponder): \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL/LA PACIENTE

2

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

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

Enumere todos los medicamentos recetados y de venta libre que toma actualmente el/la paciente: \_\_\_\_\_

Otras afecciones conocidas:

**Recordatorio:** Por favor, adjunte una receta original con una firma original a este formulario de inscripción.

La receta debe incluir lo siguiente:

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

Al enviar:

- Por favor, procure cumplir con los requisitos de medicamentos recetados específicos del estado, tales como recetas electrónicas, formulario de medicamentos recetados específicos del estado, lenguaje de fax, etc.
- Por favor, cumpla con las pautas de medicamentos recetados del estado para una sustancia controlada del Calendario V.
- Por favor, verifique que la cantidad, el suministro diario y las instrucciones coincidan en la receta y que el medicamento que receta esté claramente indicado.
- Por favor, verifique que toda la información impresa en la receta (incluyendo DEA, número de licencia del estado, nombre del Médico Expedidor) coincida con la información que se haya ingresado en la sección del Médico Expedidor anterior.

Por favor, 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.





## SECCIÓN DEL MÉDICO EXPEDIDOR

**RECORDATORIO:** 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.

### 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.

#### Comprendo 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.
- Cumpliré y respetaré las Leyes estatales de entrega del Médico Expedidor 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 verificaciones 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 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.

3



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: 833-273-4937

PP-PAT-USA-1058 © 2019 Pfizer Inc.

Todos los derechos reservados.

Impreso en EE.UU./Mayo de 2019



Grupo D [6 de 6]

**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 los pacientes que reúnen los requisitos para 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:** **Por favor, conserve la autorización original firmada con los registros del/la paciente y proporcione una copia al/la paciente. No es necesario que devuelva esta autorización del/la 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 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(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.***