

# Programa de asistencia al paciente Pfizer RxPathways®:

## Formulario de inscripción para medicamentos del Grupo A

Pfizer RxPathways es el programa de asistencia de Pfizer para medicamentos que requieren receta médica que proporciona a pacientes que cumplan los requisitos acceso a sus medicinas Pfizer.

Este formulario de inscripción es para pacientes que deseen presentar una solicitud para recibir gratuitamente los medicamentos del grupo A enumerados más adelante. Si necesita ayuda con cualquier otro medicamento de Pfizer o está interesado(a) en nuestro programa de descuentos, por favor llame al 866-706-2400.

### ¿Cumpló con los requisitos para recibir medicamentos gratuitos a través de Pfizer RxPathways?

Le sugerimos que llene este formulario de inscripción si las 4 afirmaciones en esta lista de verificación le corresponden:






Me han recetado una medicina Pfizer del **Grupo A**, incluidas:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Arthrotec®</b> (diclofenac sodium/misoprostol)  | <input type="checkbox"/> <b>Detrol®</b> (tolterodine tartrate)  | <input type="checkbox"/> <b>Premphase®</b> (estrógenos conjugados más medroxyprogesterone acetate, pastillas) |
| <input type="checkbox"/> <b>Caduet®</b> (amlodipine besylate/atorvastatin calcium)  | <input type="checkbox"/> <b>Dilantin®</b> (phenytoin, solución oral, phenytoin y phenytoin sodium prolongado) | <input type="checkbox"/> <b>Prempro®</b> (estrógenos conjugados/ medroxyprogesterone acetate) pastillas       |
| <input type="checkbox"/> <b>Caverject®</b> (alprostadil para inyectar)  | <input type="checkbox"/> <b>Duavee®</b> (estrógenos conjugados/bazedoxifene)                                  | <input type="checkbox"/> <b>Pristiq®</b> (desvenlafaxine)   |
| <input type="checkbox"/> <b>Celebrex®</b> (cápsulas celecoxib)  | <input type="checkbox"/> <b>Effexor XR®</b> (venlafaxine hydrochloride)                                       | <input type="checkbox"/> <b>Procardia®</b> (nifedipine)   |
| <input type="checkbox"/> <b>Celontin®</b> (cápsulas methsuximide)   | <input type="checkbox"/> <b>Estring®</b> (estradiol, anillo vaginal)  | <input type="checkbox"/> <b>Quillivant XR™</b> (methylphenidate hydrochloride) CII                            |
| <input type="checkbox"/> <b>Chantix®</b> (varenicline)  | <input type="checkbox"/> <b>Feldene®</b> (piroxicam)  | <input type="checkbox"/> <b>Relpax®</b> (eletriptan HBr)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Cleocin®</b> (clindamycin)  | <input type="checkbox"/> <b>Glyset®</b> (miglitol)  | <input type="checkbox"/> <b>Skelaxin®</b> (metaxalone)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Colestid®</b> (micronized colestipol hydrochloride)   | <input type="checkbox"/> <b>Inspira®</b> (eplerenone)   | <input type="checkbox"/> <b>Synarel®</b> (nafarelin acetate)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Cortef®</b> (pastillas de hidrocortisona)   | <input type="checkbox"/> <b>Lincocin®</b> (lincomycin)  | <input type="checkbox"/> <b>Tikosyn®</b> (dofetilide)   |
| <input type="checkbox"/> <b>Depo®-Estradiol</b> (inyección de estradiol cypionate)  | <input type="checkbox"/> <b>Lyrca®</b> (pregabalin) CV  | <input type="checkbox"/> <b>Toviaz®</b> (fesoterodine fumarate)   |
| <input type="checkbox"/> <b>Depo-Medrol®</b> (methylprednisolone acetate, solución inyectable)                            | <input type="checkbox"/> <b>Mycobutin®</b> (rifabutin)  | <input type="checkbox"/> <b>Trecator®</b> (ethionamide, pastillas)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Depo-Provera®</b> (medroxyprogesterone acetate, solución inyectable)                          | <input type="checkbox"/> <b>Nardil®</b> (phenelzine sulfate)  | <input type="checkbox"/> <b>Viagra®</b> (sildenafil citrate) pastillas  |
| <input type="checkbox"/> <b>Depo-subQ Provera 104®</b> (medroxyprogesterone acetate, solución inyectable, 104 mg/0.65 mL) | <input type="checkbox"/> <b>Nicotrol®</b> (nicotina)  | <input type="checkbox"/> <b>Xalatan®</b> (latanoprost)  |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Nitrostat®</b> (nitroglicerina)   | <input type="checkbox"/> <b>Zarontin®</b> (ethosuximide)  |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Norpace®</b> (disopyramide phosphate)   |   |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Premarin®</b> (estrógenos conjugados)   |   |

Vivo en los Estados Unidos, en Puerto Rico o en las Islas Vírgenes de los EE.UU.

No tengo cobertura para medicamentos que requieran receta médica, o no tengo suficiente cobertura para pagar mi(s) medicina(s) Pfizer

Cumpló con ciertos límites de ingresos:

No. de las personas en su hogar	Total de ingresos mensuales antes de impuestos	Total de ingresos anuales antes de impuestos
	Menos de o equivalente a \$3,923	Menos de o equivalente a \$47,080
	Menos de o equivalente a \$5,310	Menos de o equivalente a \$63,720
	Menos de o equivalente a \$6,697	Menos de o equivalente a \$80,360
	Menos de o equivalente a \$8,083	Menos de o equivalente a \$97,000
	Menos de o equivalente a \$9,470	Menos de o equivalente a \$113,640

Si usted vive en Alaska o en Hawai, o su hogar está compuesto por más de 5 personas, por favor llame al 866-706-2400.

Nota: los límites de ingresos están sujetos a cambio en cifras anuales; los límites actuales reflejan las Pautas federales de pobreza de 2015.

# Programa de asistencia al paciente Pfizer RxPathways®:

## Formulario de inscripción para medicamentos del Grupo A

### ¿Cómo puedo presentar la solicitud?

Por favor consulte la lista de verificación más adelante para obtener instrucciones, paso a paso, sobre cómo presentar una solicitud a Pfizer RxPathways.



Llene y firme la sección del (de la) paciente (página 3) de este formulario de inscripción.



Pídale al (a la) médico(a) que le haya recetado la medicina que llene y firme la sección del (de la) médico(a) que recete la medicina (página 4) de este formulario de inscripción.

#### Reúna los siguientes documentos obligatorios:

##### Formulario de inscripción debidamente diligenciado y firmado (páginas 3-4)

Nota: guarde el formulario de HIPAA en la página 5 para sus archivos.

##### Una fotocopia de uno de los siguientes documentos que indique la suma total de sus ingresos anuales:

- La declaración de impuestos federales sobre la renta del año anterior (*formulario 1040 o 1040EZ*)
- Dos talones de sueldo recientes
- Declaraciones de salarios e impuestos (*formularios W-2*)
- Extractos de Seguridad social, pensión o jubilación de empleados ferroviarios (*SSA-1099 o formularios similares*)
- Declaraciones de intereses, dividendos u otros ingresos (*1099-INT, 1099, 1099-DIV, o formularios similares*)

##### Para Lyrica® (*pregabalin*), incluya la receta médica original y una fotocopia de su identificación válida con foto expedida por el gobierno (por ejemplo, licencia de conducir, identificación militar). Nota: si usted vive en Nueva York, deberá enviar por correo su receta médica de Lyrica.

No podemos aceptar por fax las recetas médicas de Lyrica del estado de Nueva York.

##### Para los residentes de Puerto Rico o de las Islas Vírgenes de los EE.UU. (USVI, por sus siglas en inglés), adjunte sus recetas originales para todas las medicinas

#### Haga una fotocopia de su formulario de inscripción y de sus documentos de ingresos, ya que normalmente no se les devolverán.

#### Envíe por correo postal, o pídale al (a la) médico(a) que le recetó la(s) medicina(s) que envíe su solicitud a Pfizer RxPathways por fax:

Pfizer RxPathways  
P.O. Box 66585  
St. Louis, MO 63166-6585  
Fax: 866-470-1748

### Después de presentar la solicitud, ¿qué puedo esperar que suceda?

Le notificarán su estatus dentro de 2 a 3 semanas de haber enviado su formulario de inscripción. Si le(a) aceptan, le enviarán una carta que le suministrará su plazo de inscripción y los próximos pasos sobre cómo recibirá su medicamento a través de Pfizer RxPathways.

Pfizer se reserva el derecho de modificar o cancelar el programa Pfizer RxPathways en cualquier momento.

# Formulario de inscripción para medicamentos del Grupo A: SECCIÓN DEL (DE LA) PACIENTE



## INFORMACIÓN DEL (DE LA) PACIENTE

1

Nombre del (de la) paciente:	Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino		
Dirección del (de la) paciente:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Teléfono:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA):	
Número total de personas que viven en la casa (incluido[a] el [la] solicitante):	Suma total de los ingresos anuales para toda la casa:		
Por favor presente documentación que sustente la información financiera que ha enumerado. Se adjuntan:			
<input type="checkbox"/> La declaración de impuestos federales sobre la renta más reciente <input type="checkbox"/> El formulario W-2 <input type="checkbox"/> Otro(s):			
¿Tiene cobertura para medicamentos que requieran receta médica? <input type="checkbox"/> Sí (en caso afirmativo, sírvase llenar la sección 2) <input type="checkbox"/> No (en caso negativo, sátese la sección 2)			

## INFORMACIÓN SOBRE COBERTURA Y SEGURO DE MEDICAMENTOS QUE REQUIERAN RECETA MÉDICA

2

¿La medicina Pfizer que le recetaron está cubierta por su plan de recetas para medicamentos que requieran receta médica?  Sí  No

Por favor marque la casilla que mejor describa el tipo de cobertura que usted tiene:

- Medicare Parte D (programa financiado por el gobierno federal que brinda cobertura para medicamentos que requieran receta médica a pacientes normalmente 65 años de edad o mayores, o con discapacidades)
- Medicaid (un programa financiado por el gobierno que brinda cobertura para medicamentos que requieran receta médica a pacientes con ingresos limitados)
- Privado / empleador(a) (cobertura ofrecida frecuentemente a través de un(a) empleador(a); ejemplos de planes privados para medicamentos que requieran receta médica: Blue Cross/Blue Shield, Cigna, Aetna, United Healthcare, Caremark)
- Mercado de seguros médicos estatales (también conocido con el nombre de Intercambios de mercado de seguros de salud; éstos son los planes de seguro que normalmente se venden a través de mercados de Internet establecidos de conformidad con la Ley de protección al paciente y de cuidado de salud a bajo precio)
- Otros (incluidos, entre otros: los programas de asistencia para fármacos patrocinados por el estado; programas de cobertura para fármacos del VA, de las Fuerzas Armadas, o de pensiones)

Nombre de la aseguradora principal:	No. de teléfono:		
Nombre del (de la) titular de la póliza:	Fecha de nacimiento del (de la) titular de la póliza:		
Número del SS del (de la) titular de la póliza:	No. de póliza:	No. de grupo:	
Nombre de la tarjeta de recetas:	No. de teléfono:		
No. de RxBin #:	No. de PCN:	No. de póliza:	No. de grupo:

## CONFIDENCIALIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL (DE LA) PACIENTE (lea y firme abajo):

3

La información que suministre será utilizada por Pfizer, por Pfizer Patient Assistance Foundation™ y por las partes que las representen con el fin de determinar si cumple con los requisitos, para administrar y mejorar el programa, los productos y los servicios de Pfizer RxPathways®, para comunicarnos con usted acerca de su experiencia con el programa Pfizer RxPathways y (o) para enviarle materiales y otra información útil y actualizaciones relacionadas con los programas de Pfizer.

Mediante mi firma al pie del presente, declaro formalmente que mis respuestas y mis documentos de prueba de ingresos están completos y son veraces y exactos, según mi leal saber y entender.

### Entiendo que:

- La diligenciamiento de este formulario de inscripción no garantiza que cumpla con los requisitos para recibir Pfizer RxPathways.
- Pfizer puede verificar la exactitud de la información que he suministrado y puede solicitar mayor información financiera y sobre seguros.
- Cualquier medicina que sea suministrada por el programa Pfizer RxPathways no podrá ser vendida, comercializada, canjeada ni transferida.
- Pfizer se reserva el derecho de modificar o cancelar el programa Pfizer RxPathways o de cancelar mi inscripción, en cualquier momento.
- La ayuda brindada por este programa no dependerá de ninguna compra futura.

### Certifico y doy fe de que si recibo medicina(s) suministrada(s) por Pfizer a través del programa Pfizer RxPathways:

- Me comunicaré lo antes posible con Pfizer RxPathways en caso de que cambie mi situación económica o la cobertura de seguro.
- No intentaré que este medicamento ni cualquier costo derivado del mismo se cuente en mis gastos pagados en efectivo de Medicare, Parte D para medicinas que requieren receta médica.
- No solicitaré reembolso ni crédito por la(s) medicina(s) de mi proveedor ni pagador de seguro para medicamentos que requieren receta médica, incluidos los planes de Medicare, Parte D, para ningún costo por medicamentos.
- Notificaré a mi proveedor de seguro acerca del recibo de cualquier medicina a través de Pfizer RxPathways.
- Tengo una copia firmada de un Formulario de autorización de HIPAA actualizado, diligenciado y registrado con mi Médico(a) a fin de que mi Médico(a) pueda compartir mi información médica con el programa Pfizer RxPathways, con Pfizer Inc. y con Pfizer Patient Assistance Foundation Inc.



Firma del (de la) paciente  
(Padre, madre o tutor[a] legal, si es menor de 18 años de edad)

X

Fecha:

# Formulario de inscripción para medicamentos del Grupo A: SECCIÓN DEL (DE LA) MÉDICO(A) QUE RECETA



## INFORMACIÓN DEL (DE LA) MÉDICO(A) QUE RECETA

1

Nombre y título del (de la) médico(a):

No. de la DEA:

No. de licencia estatal:

Dirección de la oficina y (o) de envío:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Fax:

Dirección de correo electrónico del (de la) médico(a) que receta:

## INFORMACIÓN SOBRE EL PEDIDO DE LA RECETA MÉDICA

2

Esto sólo es válido para ser utilizado con *Pfizer RxPathways*® y hace las veces de receta médica para el primer pedido del (de la) paciente (hasta un máximo de 90 días de suministros) a través del programa. En la mayoría de los casos, los nuevos pedidos se pueden hacer a lo largo de la inscripción del (de la) paciente en [www.PfizerPAP.com](http://www.PfizerPAP.com), o mediante nuestro sistema automatizado de renovación de pedidos llamando al 855-742-7497.

Nombre del (de la) paciente:

Fecha:

Dirección del (de la) paciente:

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA):

Nombre del producto:

Dosis:

Instrucciones:

Nombre del producto:

Dosis:

Instrucciones:

Nombre del producto:

Dosis:

Instrucciones:

## INFORMACIÓN SOBRE LA FARMACIA DEL (DE LA) PACIENTE *(llene solamente para Lyrica® (pregabalin) o los pacientes que residan en Puerto Rico o en las USVI)*

3

Por favor llene esta sección y adjunte la receta médica original. Por favor incluya una copia de su identificación de paciente válida con foto expedida por el gobierno para Lyrica.

Alergias a medicamentos:  Sí  No En caso afirmativo, por favor enumere todas:

Enumere todos los medicamentos que requieran o no recetas médicas que el (la) paciente esté tomando en la actualidad:

4

## CONFIDENCIALIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL (DE LA) MÉDICO(A) QUE RECETA *(lea y firme abajo)*

La información que usted suministre será utilizada por Pfizer para mejorar y adaptar nuestros productos y servicios con el fin de prestarle mejores servicios. La información también será utilizada por la Pfizer Patient Assistance Foundation™ y por las partes que la representen con el fin de administrar y mejorar los programas, productos y servicios de *Pfizer RxPathways*, para comunicarnos con usted acerca de su experiencia con *Pfizer RxPathways* y (o) para enviarle materiales y otra información útil y actualizaciones relacionadas con *Pfizer RxPathways*.

**Mediante su firma al pie del presente, usted, el (la) Médico(a) que receta, entiende y acepta lo que a continuación se indica:**

- Certifico que la información proporcionada está al día y es completa y exacta según mi leal saber y entender.
- Entiendo que el diligenciamiento de este formulario de inscripción no garantiza que se prestará asistencia a mi paciente.
- Recibiré y mantendré a buen recaudo en mi consultorio el medicamento de mi paciente hasta que le sea entregado a mi paciente, cuando corresponda.
- Cumpliré y acataré las Leyes médicas de distribución de mi Estado para médicos autorizados para recetar, cuando corresponda.
- Cualquier medicamento suministrado por Pfizer a consecuencia de este formulario de inscripción será solamente para el uso del (de la) paciente designado(a) en este formulario y no podrá venderse, comercializarse, canjearse, transferirse, devolverse para obtener crédito ni enviarse a terceros (tales como Medicare, Medicaid ni a ningún otro proveedor de beneficios) con el objeto de recibir un reembolso.
- La medicina se suministrará únicamente al (a la) paciente que cumple con los requisitos y que esté inscrito(a) en el programa, sin costo de ningún tipo.
- Es posible que Pfizer se comunique directamente con el (la) paciente con el fin de confirmar el recibo de los medicamentos.
- La información proporcionada en este formulario de inscripción está sujeta a verificación y auditorías ocasionales.
- Pfizer puede modificar o cancelar este programa en cualquier momento; Pfizer también se reserva el derecho a cancelar la inscripción de mi paciente en cualquier momento.
- Notificaré inmediatamente a *Pfizer RxPathways* si el producto Pfizer ya no es médicamente necesario para el tratamiento de este(a) paciente o en caso de que cambie la situación económica o el seguro de mi paciente.
- Tengo en los archivos una copia firmada, actualizada y diligenciada del formulario de autorización de HIPAA de mi paciente con el objeto de que yo pueda compartir información médica del (de la) paciente con el programa *Pfizer RxPathways*, con Pfizer Inc. y con Pfizer Patient Assistance Foundation Inc.

Firma del (de la) médico(a) que receta

X

Fecha:

# Formulario de autorización de HIPAA para la divulgación de información del (de la) paciente PARA PFIZER INC Y PFIZER PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC. PROGRAMAS DE ASISTENCIA AL PACIENTE

NO ENVÍE ESTE FORMULARIO CON SU SOLICITUD; ES SÓLO PARA LOS ARCHIVOS DEL (DE LA) PACIENTE Y DEL (DE LA) MEDICO(A) QUE RECETA

**Al (a la) paciente:** Pfizer Inc y Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc. ofrecen programas de asistencia al paciente (el “Programa”) para ayudar a que los pacientes, que cumplan con los requisitos, obtengan sin costo alguno ciertas medicinas Pfizer. Para poder determinar si usted cumple con los requisitos del Programa y para administrar su participación en el Programa, en caso de que le(a) acepten, Pfizer, junto con sus empresas afiliadas y contratistas que administran el Programa, necesitan obtener cierta información sobre usted de su médico(a) (a quien también se referirá en este formulario como su “Doctor[a]”). **Por favor llene esta autorización, firmela, féchela y devuélvala a su doctor(a).**

**Al (a la) médico(a): por favor conserve la autorización original firmada en el archivo del (de la) paciente y suministre una copia al (a la) paciente. No tiene que devolver esta autorización del (de la) paciente a Pfizer.**

Solicito y autorizo a mi Doctor(a), \_\_\_\_\_, a entregar a Pfizer Inc, incluidos los representantes y contratistas que trabajan en nombre de Pfizer en este Programa, e incluida Express Scripts, Inc. (conjuntamente, “Pfizer”), mi Historial de salud confidencial, incluidos, entre otros, datos sobre mi afección médica y tratamientos, que sean necesarios para determinar si cumplo con los requisitos del Programa y para mi participación continua en el Programa, en caso de que me acepten, para administrar el Programa, para dar cuenta de mi retiro, si decido suspender mi participación en este Programa, y para evaluar la satisfacción del (de la) paciente y la eficacia general del Programa. El tipo de información que puede suministrarse de conformidad con esta autorización puede incluir:

- Mi nombre y fecha de nacimiento
- Mi dirección y número de teléfono
- Mi número de la Seguridad social
- Información financiera acerca de mí
- Información sobre mis beneficios de salud o cobertura de seguro médico
- Información sobre mi afección médica, si fuere necesaria

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria. Además entiendo que no es posible que mi Doctor(a) detenga el suministro de mi tratamiento con la condición de que yo firme esta autorización.

Sé que puedo cancelar (revocar) esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una carta a mi Doctor(a) a la siguiente dirección: \_\_\_\_\_. Si cancelo esta autorización, entonces mi Doctor(a) suspenderá el suministro de información sobre mí a Pfizer y a sus representantes. Sin embargo, no puedo cancelar las medidas que ya hayan sido tomadas de conformidad con mi autorización.

Entiendo que una vez que mi Doctor(a) suministre información sobre mí a Pfizer con base en esta autorización, es posible que las leyes federales de confidencialidad no puedan impedir que Pfizer continúe divulgando mi información. También entiendo que al firmar esta autorización no se garantiza que me aceptarán en un programa de asistencia al paciente de Pfizer.

Esta autorización caducará un (1) año después de la fecha en que se firme a continuación, o un (1) año después de la última fecha en que reciba medicinas de conformidad con el Programa, cualquiera que sea la fecha que ocurra más tarde, o de acuerdo con las disposiciones de la ley estatal.

**Paciente o representante personal del (de la) paciente** {si es el [la] representante personal, indique el poder para poder firmar en nombre del [de la] paciente (si corresponde)}

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre (por favor use letras de molde) \_\_\_\_\_

**Por favor devuelva el formulario firmado a su Doctor(a). Usted tiene derecho a recibir una copia para sus archivos.**