

Programa *Pfizer RxPathways*TM de reposición de vacunas:
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA
MEDICAMENTOS DEL GRUPO CS**



El Programa *Pfizer RxPathways* de reposición de vacunas es un programa de asistencia basado en la reposición de productos por el cual se proporciona la vacuna *Pneumococcal 13-valent Conjugate Vaccine* en forma gratuita a pacientes elegibles a través del consultorio del médico. Este programa reaprovisiona el stock de vacunas *Pneumococcal 13-valent Conjugate Vaccine* que los médicos recetadores han comprado para sus consultorios cuando éstos administran la vacuna a pacientes aprobados para obtener asistencia a través de *Pfizer RxPathways*.

Para obtener la reposición de la vacuna *Pneumococcal 13-valent Conjugate Vaccine*, los médicos recetadores deben leer y completar los siguientes pasos:

PASO 1: Confirmar la elegibilidad del paciente

Para ser elegible para la asistencia, los pacientes deben:

- Tener al menos 19 años de edad
- No tener seguro o cobertura de medicamentos por receta para *Pneumococcal 13-valent Conjugate Vaccine*
- Residir en Estados Unidos
- Cumplir con ciertos límites específicos de ingresos:

Cant. de personas en su hogar	Ingreso total mensual antes de impuestos	Ingreso total anual antes de impuestos
1 persona	Menor o igual a \$3,923	Menor o igual a \$47,080
2 personas	Menor o igual a \$5,310	Menor o igual a \$63,720
3 personas	Menor o igual a \$6,697	Menor o igual a \$80,360
4 personas	Menor o igual a \$8,083	Menor o igual a \$97,000
5 personas	Menor o igual a \$9,470	Menor o igual a \$113,640

Para pacientes que viven en Alaska o Hawái, o si viven más de 5 personas en el hogar, llame al 866-706-2400.

PASO 2: Llamar a *Pfizer RxPathways* al 1-866-706-2400 para obtener el N° de aprobación para la reposición de la vacuna

Una vez que un representante de *Pfizer RxPathways* haya confirmado por teléfono la elegibilidad de su paciente, se le dará un número de aprobación para la reposición de la vacuna.

*Atención: Los médicos recetadores deben verificar la elegibilidad del paciente y deben obtener un número único de aprobación para la reposición de la vacuna de *Pfizer RxPathways* por teléfono antes de poder presentar una solicitud completada o administrar la vacuna *Pneumococcal 13-valent Conjugate Vaccine* de su propio stock comprado al paciente necesitado. El número de aprobación dado se basa en la información proporcionada por teléfono y no garantiza la reposición de la vacuna. Para que la reposición sea oficialmente procesada, debe enviarse por fax en un plazo de 30 días la solicitud completada indicando que un paciente cumple con todos los requisitos de elegibilidad.*

PASO 3: Completar la solicitud y enviarla por fax al 1-866-470-1748

En un plazo de 30 días después de recibir el número de aprobación para la reposición de la vacuna, complete la solicitud en el reverso de este formulario con su paciente y envíelo por fax a *Pfizer RxPathways* al 1-866-470-1748.

Pfizer se reserva el derecho a modificar o cancelar el programa *Pfizer RxPathways* en cualquier momento. *Pfizer RxPathways* es un programa conjunto de Pfizer, Inc. y de Pfizer Patient Assistance FoundationTM.

Formulario de inscripción para medicamentos del Grupo C:
SECCIÓN PARA EL PACIENTE



Nombre del paciente:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección del paciente:			
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Teléfono: (____) _____ - _____		Correo electrónico:	
¿Tiene usted 19 años de edad o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de nacimiento: (MM/DD/AA): ____/____/____	
¿Tiene seguro o cobertura de medicamentos por receta para Prevnar 13? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cantidad total de personas en el hogar (incluyendo el solicitante): _____			
Ingreso total anual de todo el hogar: \$ _____ (El ingreso total anual de su hogar incluye el salario actual anual, Seguridad Social, beneficios de seguro de desempleo e indemnización por accidentes laborales) La información que usted proporciona está sujeta a auditorías al azar y verificación.			
<p>PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE (LEA Y FIRME ABAJO): La información que nos proporciona será usada por Pfizer, la fundación Pfizer Patient Assistance Foundation y aquellos que actúan en sus nombres para determinar su elegibilidad, administrar y mejorar los programas Pfizer RxPathways™, y sus productos y servicios, para comunicarse con usted sobre su experiencia con dicho programa y/o para enviarle materiales y demás información útil y novedades relacionadas a los programas Pfizer RxPathways. Al firmar a continuación, confirmo que cumpla con los criterios de elegibilidad del Programa Pfizer RxPathways de reposición de vacunas y que la información proporcionada en esta solicitud es completa y exacta.</p> <p><i>Comprendo que:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Completar este formulario de solicitud no es garantía de que yo reúna los requisitos para recibir asistencia para la vacuna Prevnar 13 a través de Pfizer RxPathways. Pfizer podrá verificar la exactitud de la información que he proporcionado y podrá pedir información adicional para confirmar mi elegibilidad. Pfizer se reserva el derecho a modificar o cancelar el programa Pfizer RxPathways para Prevnar 13 en cualquier momento. Las vacunas entregadas a través de Pfizer RxPathways no serán vendidas, comercializadas, canjeadas o transferidas. La asistencia brindada en el marco de este programa no está condicionada a ninguna compra en el futuro. <p><i>Certifico y doy fe de que si recibo la vacuna Prevnar 13 a través de Pfizer RxPathways:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> No solicitaré el reintegro o la acreditación de esta vacuna a ningún asegurador, organización de mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) o programa del gobierno. He completado y firmado un formulario de Autorización de HIPAA y se lo he entregado a mi médico recetador. 			
Firma del paciente		X	Fecha:

Formulario de inscripción para medicamentos del Grupo C:
SECCIÓN PARA EL MÉDICO RECETADOR

Nombre del médico recetador:		Correo electrónico:	
Nº de Licencia Estatal:		No. de la DEA:	
Dirección del consultorio para el envío:		Nº de suite:	
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Teléfono: (____) _____ - _____		Fax: (____) _____ - _____	
<p>INFORMACIÓN DE LA VACUNA (Para ser completado después de que un Representante de PRxP haya confirmado por vía telefónica la elegibilidad del paciente)</p> <p>Nº de aprobación para la reposición de la vacuna de Pfizer RxPathways: _____</p> <p>Nº de lote de la vacuna: _____ Fecha de la administración: _____</p> <p><i>Debe proporcionar el número de lote de la vacuna administrada de su stock comercial y también la fecha de su administración para que Pfizer RxPathways reponga el producto.</i></p>			
<p>PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO DEL MÉDICO RECETADOR (LEA Y FIRME ABAJO): La información que nos proporciona será usada por Pfizer para mejorar y personalizar nuestros productos y servicios a fin de brindarle una mejor atención. La información también será usada por la fundación Pfizer Patient Assistance Foundation y aquellos que actúan en su nombre para administrar y mejorar los programas Pfizer RxPathways, y sus productos y servicios, para comunicarse con usted sobre su experiencia con Pfizer RxPathways y/o para enviarle materiales y demás información útil y novedades relacionadas a Pfizer RxPathways.</p> <p><i>Comprendo que:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Mi paciente debe cumplir con los criterios de elegibilidad del Programa Pfizer RxPathways de reposición de vacunas para reunir los requisitos para recibir asistencia. El producto que recibo no es una muestra sino que es la reposición de un producto que yo compré anteriormente. Toda vacuna en última instancia proporcionada por Pfizer a través del Programa Pfizer RxPathways de reposición de vacunas es para el uso exclusivo del paciente indicado; no puede ser vendida, comercializada, canjeada, transferida, devuelta para su acreditación ni entregada a terceros, como Medicare, o Medicaid, para su reintegro. Pfizer debe recibir una solicitud completada y firmada en un plazo de 30 días para reponer la vacuna. La información proporcionada en esta solicitud está sujeta a auditorías al azar y verificación. Pfizer podrá modificar o cancelar este programa en cualquier momento. <p><i>Certifico y doy fe de que:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> He obtenido todas las autorizaciones necesarias de mi paciente para divulgar información personal y de salud a Pfizer Inc, Pfizer Patient Assistance Foundation y a aquellos que actúan en sus nombres. I will neither charge my patient for the Prevnar 13 vaccine, nor for its administration, if my patient is approved for assistance through Pfizer RxPathways. 			
Firma del paciente		X	Fecha:

Guardar archivo

Imprimir archivo

Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc.
Programas de Asistencia al Paciente
Formulario de Autorización de HIPAA para la divulgación
de información sobre el paciente

Al paciente

La autorización adjunta es para usted y para su médico. Si firma esta autorización, usted está permitiendo que su médico le entregue a Pfizer información médica sobre su persona para ayudar a que usted obtenga sus medicamentos de Pfizer. Un ejemplo del tipo de información que necesitamos obtener de su médico sería la receta para el medicamento que usted necesita. Esta autorización es únicamente entre usted y su médico. Sírvase firmar y entregar a su médico la autorización original firmada y conservar una copia como constancia. Este formulario no debe ser devuelto con su solicitud.

Al médico:

La autorización adjunta, si está firmada por su paciente, documenta el permiso del paciente para que usted facilite a Pfizer cierta información médica y personal concerniente a los programas de asistencia al paciente de Pfizer. Esta autorización es estrictamente para su constancia y no debe ser devuelta con la solicitud de su paciente.

Información para el paciente y el médico:

Pfizer RxPathways™ es un programa conjunto de Pfizer, Inc. y de Pfizer Patient Assistance Foundation™, Inc.

Formulario de Autorización de HIPAA para la divulgación de información sobre el paciente PARA LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA AL PACIENTE de PFIZER INC. y de PFIZER PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC.

Al paciente: Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc. ofrecen programas de asistencia al paciente (el "Programa") para ayudar a aquellos pacientes que reúnan los requisitos a obtener ciertos medicamentos de Pfizer sin costo alguno. Para determinar su elegibilidad para el programa y para administrar su participación en el programa si usted es aceptado(a), Pfizer, en conjunto con sus compañías afiliadas y los contratistas que administran el programa, necesitan obtener del médico cierta información sobre su persona. Sírvase completar, firmar y fechar esta autorización y devolverla a su médico.

Al médico: Sírvase conservar la autorización original firmada junto al expediente del paciente y entregar una copia al paciente. Usted no tiene que devolver a Pfizer la Autorización del paciente.

* * *

Yo solicito y autorizo a mi médico, _____ ("Médico"), a entregar a Pfizer Inc., incluyendo a los representantes y contratistas que trabajan en nombre de Pfizer en este programa, la información sobre mi persona y mi afección médica que sea necesaria para determinar mi elegibilidad para el programa y en caso de ser aceptado(a) para continuar participando en el programa, para administrar el programa, para explicar mi retiro si decido dejar de participar en este Programa y para evaluar la satisfacción del paciente y la efectividad general del programa. El tipo de información que puede entregarse según esta autorización podría incluir:

- Mi nombre y fecha de nacimiento
- Mi dirección y número de teléfono
- Mi número de seguro social
- Información financiera sobre mi persona
- Información sobre mis beneficios de salud o mi cobertura de seguro de salud
- Información sobre mi afección médica, según sea necesario.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito al médico a _____.

Si cancelo esta autorización, entonces el médico dejará de entregar a Pfizer, y a sus representantes, información sobre mi persona. No obstante, yo no puedo cancelar acciones que ya se hubieran tomado en virtud de mi autorización.

Entiendo que una vez que el médico entregue a Pfizer información sobre mi persona en virtud de esta autorización, la legislación federal referente a la privacidad puede no impedir que Pfizer vuelva a revelar mi información. Entiendo asimismo que firmar esta autorización no garantiza que sea aceptado(a) en un programa de asistencia al paciente de Pfizer.

Esta autorización expirará un (1) año después de la fecha de su firma, o un (1) año después de la última fecha en que yo reciba medicamentos bajo el programa, cualquiera sea la fecha que ocurra con mayor posterioridad.

Paciente o representante personal del paciente *{Autoridad para firmar en nombre del paciente (si corresponde)}*

Firma _____

Fecha _____

Nombre (en letra de molde) _____

Sírvase devolver el formulario firmado al médico. Usted tiene derecho a una copia para su constancia.