
**Para seguir recibiendo medicamentos Pfizer durante el desempleo,
se aceptan inscripciones hasta el 31 de diciembre de 2009.**

Criterios del Programa:

1. Usted debe residir en Estados Unidos y haber quedado desempleado a partir del 1 de enero de 2009.
2. Usted tiene que estar tomando en estos momentos algún medicamento Pfizer y haberlo hecho al menos durante 3 meses antes de producirse su desempleo y adhesión al programa.
3. Usted no tiene que tener cobertura de seguro ni beneficios en medicamentos recetados.
4. Usted tiene que estar imposibilitado de pagar sus medicamentos sin este programa.
5. Usted tiene que tener constancia de desempleo. Ejemplos: Carta de Confirmación de Beneficio de Desempleo del Estado, Talón de Cheque de Beneficio de Desempleo, Carta de Rescisión de Empleador Anterior o documento similar.

También podrían reunir las condiciones su adulto anteriormente cubierto (ej., cónyuge) o dependientes. Pida las instrucciones llamando al 866-706-2400.

En caso de aceptarse, sus medicamentos se despacharán en lotes para 90 días directamente a su domicilio particular durante un año como máximo o hasta que esté asegurado, lo que sea anterior.

Contemple 2-3 semanas de tramitación. En caso de tener alguna duda, puede llamar al 866-706-2400.

PASO 1

Complete todos los campos sombreados de este formulario de solicitud.

PASO 2

Coloque la solicitud completada y firmada y una copia de su constancia de desempleo en un sobre estampillado. También incluya una receta original si el medicamento fuera una sustancia controlada o si le quedan menos de 3 renovaciones en su receta actual.

PASO 3

Despachar a la siguiente dirección:

Pfizer MAINTAIN
PO BOX 66549
St. Louis, MO 63166-6549

Nombre del Paciente:		Fecha de Pérdida del Empleo: ____/____/____	
Domicilio del Paciente (N° de Casilla de Correo):			
1 Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono: (____) ____ - ____		Fecha de Nacimiento: (M/D/A): ____/____/____	
Correo electrónico:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

INFORMACIÓN PARA ENDOSO DE RECETA

Envíe las recetas originales de sustancias controladas e incluya una copia de su documento de identidad (ej., licencia de conducir).

Para todos los demás medicamentos, complete la siguiente información para endoso de receta.

Nombre de la Farmacia:		Teléfono de la Farmacia: (____) ____ - ____	
Nombre del Médico:		Teléfono del Médico: (____) ____ - ____	
Nombre del Fármaco:		Presentación:	
2 Receta N°:	Cantidad de renovaciones que quedan:		
Nombre del Fármaco:		Presentación:	
Receta N°:	Cantidad de renovaciones que quedan:		
Alergias: <input type="checkbox"/> Ninguna alergia conocida <input type="checkbox"/> Alergia a la penicilina <input type="checkbox"/> Alergia a la aspirina <input type="checkbox"/> Alergia a la sulfamida <input type="checkbox"/> Otro problema de salud _____			
Condiciones de salud: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Presión arterial alta (hipertensión) <input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Otro problema de salud _____			
Indique otros medicamentos recetados y de venta libre: _____			

Declaración del Paciente – Firmando abajo, declaro que mis respuestas son completas y auténticas según mi mejor saber y entender.

Entiendo que:

- Pfizer MAINTAIN es un programa temporario y que se aceptarán inscripciones hasta el 31 de diciembre de 2009.
- El hecho de completar este formulario de solicitud no garantiza que sea apto para el programa Pfizer MAINTAIN.
- Pfizer podrá verificar la veracidad de la información que haya entregado y podrá pedir más información.
- Los medicamentos que se entreguen con el programa Pfizer MAINTAIN no pueden venderse, negociarse, cambiarse ni transferirse.
- Pfizer se reserva el derecho a modificar o cancelar el programa Pfizer MAINTAIN en cualquier momento.
- La asistencia que se brinda en el marco de este programa no está condicionada a ninguna compra futura.

Certifico y declaro bajo juramento que si recibo medicamentos en el marco del programa Pfizer MAINTAIN:

- | | |
|---|--|
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> • No cuento en estos momentos con ninguna cobertura para fármacos recetados y sin este programa no habría podido pagar mis medicamentos y continuar con mi terapia, debido a mi condición de desempleado y situación de persona sin cobertura de seguro. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Tenía una receta válida para un medicamento Pfizer al menos hasta 3 meses antes del momento de producirse mi desempleo y adhesión al programa. • Me comunicaré de inmediato con el programa Pfizer MAINTAIN en caso de modificarse mi condición de desempleado o cobertura de seguro. |

La Pfizer Patient Assistance Foundation (PPAF) sabe que sus datos personales y la información sobre su estado de salud es privada. La información que nos brinde sólo será utilizada por PPAF y las personas que actúen en su nombre, para enviarle los materiales que solicite y cualquier otra información útil y actualización sobre el programa Pfizer MAINTAIN.

Marcando este casillero, también acepto que Pfizer, PPAF o las compañías que actúen en su nombre podrán enviarme materiales sobre otras condiciones clínicas, usar mi información para desarrollar o mejorar productos y servicios o comunicarse conmigo en el futuro para conocer mi experiencia con el programa Pfizer MAINTAIN o hablar sobre otros temas de salud.

Firma Original del Paciente	X	Fecha:
-----------------------------	---	--------

Pfizer MAINTAIN™ es parte de Pfizer Helpful Answers®, un programa conjunto de Pfizer Inc & la Pfizer Patient Assistance Foundation.