

# INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DEL PACIENTE



## ¿Soy elegible para Connection to Care?

Debe cumplir con los siguientes criterios:

1. Que le hayan recetado algún medicamento Pfizer.  
*Muchos medicamentos de la marca Pfizer están disponibles. Para obtener un listado de las medicinas disponibles de Pfizer, por favor llame al 866-706-2400 o visite [www.PfizerHelpfulAnswers.com](http://www.PfizerHelpfulAnswers.com)*
2. Residir en Estados Unidos, Puerto Rico o las Islas Vírgenes de EE.UU.
3. El total de su ingreso bruto familiar anual es igual o menor al doble del nivel de pobreza federal (ver la tabla).
  - El número total de personas en el hogar lo incluye a usted y a aquellos por quienes usted es financieramente responsable.
  - El ingreso bruto total incluye los ingresos de todos quienes tienen entradas de dinero en el hogar sin descontar los impuestos y deducciones.

Número total de personas en el hogar	1	2	3	4	5
Ingreso anual (2009)	\$21.660	\$29.140	\$36.620	\$44.100	\$51.580

*Para obtener información sobre las pautas del Nivel de Pobreza Federal, ingrese en [www.aspe.hhs.gov/poverty/](http://www.aspe.hhs.gov/poverty/). Si su familia tiene más de 5 integrantes o si vive en Alaska o Hawai, le pedimos que llame al 866-706-2400.*

4. Usted no tiene que tener cobertura de seguro ni beneficios en medicamentos recetados.  
*Las tarjetas de descuento de farmacias o los programas de asistencia de droguerías no son cobertura de seguro.*
5. Nuestros programas están principalmente destinados a gente sin cobertura en fármacos recetados. Si usted tiene cobertura en fármacos recetados pero está atravesando dificultades financieras, aún así podría adherirse si es que:
  - Cumple con el nivel de ingreso arriba indicado. Por favor, complete la sección Excepción por Dificultades del Paciente que figura en la Solicitud del Paciente.

## ¿Cómo puedo presentar mi solicitud?

1. Complete las secciones del paciente que figuran en el Formulario de Solicitud del Paciente.
2. Pídale a su médico que complete las secciones del prestador de atención médica que figuran en el Formulario de Solicitud del Paciente.
3. Coloque todos los documentos necesarios en un sobre estampillado:
  - Formulario de Solicitud del Paciente, original, completado y firmado (*ambos lados: paciente y prestador de atención médica*)
  - La receta original, si estuviera solicitando Lyrica® (*pregabalin*)
  - Receta original para todos los medicamentos si usted es residente de Puerto Rico o las Islas Vírgenes de EE.UU.
  - Fotocopias de los documentos de prueba de ingresos (*por favor vea la sección Constancia de Ingreso más abajo*)

Enviar por correo postal a: **PFIZER CONNECTION TO CARE PROGRAM**  
PO BOX 66585  
ST. LOUIS, MO 63166-6585

Para su información:

- Conserve fotocopias de su solicitud y de su constancia original de ingreso.
- Será notificado de su situación dentro de las 3-4 semanas de recibida su solicitud.
- En caso de aceptar su solicitud, todos los medicamentos se enviarán al consultorio de su médico para su administración, a excepción de Lyrica®, que le será enviado a su domicilio particular.

*Para cada uno de sus médicos guarde una carta conforme a la Ley HIPAA. Para obtener una, llame al 866-706-2400 o ingrese en [www.PfizerHelpfulAnswers.com](http://www.PfizerHelpfulAnswers.com)*

## ¿Qué constancia de ingreso tengo que pedir?

Deberá enviarnos uno de los siguientes documentos sobre ingresos que muestre el total de sus ingresos brutos anuales familiares:

- Talón de cheque de su sueldo actual
- Declaración Jurada de Impuestos Federales (Formulario 1040 ó 1040EZ) correspondiente al ejercicio fiscal anterior
- Declaraciones de sueldo e impuestos (formularios W-2)
- Declaraciones de jubilación ferroviaria o pensión o seguridad social (SSA-1099 o similar)
- Declaraciones de ingresos por intereses, dividendos u otros ingresos (formularios 1099-INT, 1099, 1099-DIV u otros formularios)

*Si no cuenta con ninguna constancia de ingreso, pida instrucciones llamando al 866-706-2400.*

# SOLICITUD DEL PACIENTE

Por favor, lea toda la información que figura en la hoja de instrucciones.  
Complete los campos sombreados de la solicitud con letra de imprenta legible.



Nombre del paciente:		
Dirección del paciente:		
1 Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono: (____) _____ - _____	Fecha de nacimiento: (MM/DD/YY): ____/____/____	
Dirección de correo electrónico (opcional):		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

2 Ingreso anual bruto total: \$	Número de personas en el hogar: <i>(incluido usted y las personas por las que usted sea financieramente responsable)</i>
---------------------------------	---

**Excepción por Dificultades del Paciente**  
 ¿Cuenta con algún seguro que le cubra fármacos recetados?  Sí  No *(Si la respuesta fuera No, pasar al punto 4)*  
 Si su respuesta hubiera sido sí y estuviera atravesando dificultades financieras y cuenta con cobertura en fármacos recetados, por favor responda estas preguntas:

3 a. Marque el casillero que mejor describe su cobertura en fármacos recetados:  
 Fármacos recetados de Medicare  Medicaid  Empleador  Otro

b. Nombre de compañía de seguro/prestador: \_\_\_\_\_ Número/ID de la póliza: \_\_\_\_\_

c. Si algún medicamento Pfizer para el cual está pidiendo asistencia no estuviera disponible a través de su plan de seguro, indíquelo aquí.  
 \_\_\_\_\_

d. Declaración de Dificultades Financieras del Paciente  
 Marcando este casillero, certifico que estoy atravesando importantes dificultades financieras y debido a ello, me encuentro imposibilitado de pagar el medicamento Pfizer que me recetó mi médico.

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

**Entiendo que:**

- El hecho de completar este formulario de solicitud no garantiza que seré apto para adherirme a *Connection to Care*.
- Pfizer podrá verificar la veracidad de la información que haya entregado y podrá pedir más información financiera y de seguros.
- Los medicamentos que se entreguen con el programa *Connection to Care* no pueden venderse, negociarse, cambiarse ni transferirse.
- Pfizer se reserva el derecho a modificar o cancelar el programa *Connection to Care* en cualquier momento.

**Certifico y declaro bajo juramento que si recibo medicamentos entregados por Pfizer en el marco del programa *Connection to Care*:**

4

- Me contactaré de inmediato con *Connection to Care* en caso de modificarse mi situación financiera o cobertura de seguro.
- No pretenderé que este medicamento ni ningún costo que el mismo implique sea computado en mis gastos menores de la Parte D de Medicare en concepto de fármacos recetados.
- No pretenderé ningún reintegro o acreditación de mi prestador o compañía de seguro, incluidos los planes de la Parte D de Medicare, por los costos de los medicamentos.
- Notificaré a mi prestador de seguro la recepción de medicamentos a través del programa *Connection to Care*.

La Pfizer Patient Assistance Foundation (PPAF) sabe que sus datos personales y la información sobre su estado de salud son privados. 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 *Connection to Care*.

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 *Connection to Care* o hablar sobre otros temas de salud.

Firma Original del Paciente <i>(Padre o madre o tutor, si es menor de 18 años)</i>	X	Fecha:
---	---	--------

# SECCIÓN PARA EL PROVEEDOR DE CUIDADOS DE SALUD

Por favor, lea toda la información y escriba claramente en letra de imprenta en las áreas sombreadas.



Nombre del Médico: _____		
N.º DEA o Licencia del estado: _____	Fecha de venc.: ____/____/____	
Dirección del consultorio / de envío: _____		Suite N.º: _____
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Teléfono del consultorio: (____) _____ - _____	Fax: (____) _____ - _____	
Dirección de correo electrónico (opcional): _____		
Para todos los medicamentos enviados a su oficina, por favor informe sobre restricciones de envío aquí: _____		

## Información del producto

El prestador de atención médica debe completar esta sección para todos los productos para los residentes de EE.UU. En el caso de sustancias controladas [por ejemplo, Lyrica® (pregablin)] y pacientes residentes de Puerto Rico o las Islas Vírgenes de EE.UU., DEBE usarse el talonario de recetas original. Adjuntar a esta hoja.

Nombre del paciente: _____	Fecha: _____		
Dirección del paciente: _____			
Nombre del producto: _____	Presentación: _____	Cant.: _____	Dosis: _____
Nombre del producto: _____	Presentación: _____	Cant.: _____	Dosis: _____
Nombre del producto: _____	Presentación: _____	Cant.: _____	Dosis: _____
Firma del proveedor de cuidados de salud: _____			

*Esto es válido solo para su uso en el programa de ayuda al paciente Connection to Care de Pfizer.*

## Para Lyrica® y pacientes residentes de Puerto Rico o las Islas Vírgenes de EE.UU. ÚNICAMENTE.

Complete la siguiente información y anexe la receta médica original a esta hoja.

Alergias:  Ninguna alergia conocida  Alergia a la penicilina  Alergia a la aspirina  Alergia a la sulfamida  
 Otra alergia

Condiciones de salud:  Diabetes  Epilepsia  Cardiopatía  Glaucoma  Presión arterial alta (Hipertensión)  
 Problemas de la tiroides  Úlcera  Otras condiciones clínica

Medicamentos recetados o de venta libre: \_\_\_\_\_

NOTA: Para los productos indicados abajo y para la primera dosis de un nuevo paciente del programa *Connection to Care*, se encuentra disponible un proceso rápido de inscripción:

- Geodon® (ziprasidone HCl)
- Tikosyn® (dofetilide) (solo para médicos registrados)
- Inspra® (eplerenone)
- Zithromax® (azithromycin)

Por favor llame al 866-706-2400 para instrucciones de manejo e inscripción rápida.

## Firmando abajo, usted, como prestador de atención médica, acepta lo siguiente:

- Recibir y guardar el medicamento del paciente en su consultorio hasta que sea administrado a su paciente.
- Cumplir y respetar las Leyes sobre Tratamientos Médicos para Prestadores de Atención Médica autorizados de mi Estado.
- Los medicamentos que entregue Pfizer con motivo de esta orden son para uso exclusivo del paciente indicado en este formulario, y no podrán venderse, negociarse, cambiarse, transferirse, devolverse para su acreditación ni entregarse a terceros (ej. Medicare, Medicaid u otros prestadores de servicios) para su reintegro.
- Pfizer se podrá comunicar directamente con el paciente para confirmar recepción de los medicamentos.
- Pfizer podrá modificar o cancelar este programa en cualquier momento.
- El medicamento será entregado exclusivamente a este paciente elegible y adherido sin ningún cargo de ningún tipo.
- Si algún paciente está solicitando una Excepción por Dificultades, certifico que esta orden de medicamento o receta de sustancia controlada adjunta está médicamente indicada para este paciente, y que supervisaré los tratamientos del paciente. Según mi mejor saber, este paciente no podría obtener este medicamento sin la asistencia de Connection to Care tal como lo explica el paciente en esta solicitud.

Firma original del proveedor de cuidados de salud: _____	Fecha: _____
--	--------------

*Connection to Care* es parte de Pfizer Helpful Answers®, un programa conjunto de Pfizer Inc & la Pfizer Patient Assistance Foundation™.