



Teléfono 1-877-744-5675 o Fax 1-800-708-3430
P. O. Box 220582 Charlotte, NC 28222-0582

FORMULARIO DE ASISTENCIA

Este formulario puede usarse para solicitar asistencia para el paciente, asistencia con apelaciones y/o solicitar verificación de beneficios. Sírvase completar esta solicitud y devuélvala por correo o por fax.

Por favor, coteje el servicio solicitado de FirstRESOURCE y el producto apropiado de Pfizer:

- Asistencia al paciente** **Asistencia con apelaciones*** **Verificación de seguro**

<input type="checkbox"/> Aromasin® (tabletas de exemestano)	<input type="checkbox"/> (cápsulas de fosfato sódico de estramustina)
<input type="checkbox"/> Camptosar® (inyección de clorhidrato de irinotecan)	<input type="checkbox"/> Idamycin® (inyección de clorhidrato de idarrubicina)
<input type="checkbox"/> Ellence® (inyección de clorhidrato de epirrubicina)	<input type="checkbox"/> Zinecard® (inyección de dexrazoxano)

(Refiérase a la información completa sobre prescripción disponible en [www. Pfizer.com](http://www.Pfizer.com).)

SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR (para ser completado por el proveedor)

Nombre del médico Licencia estatal # #Licencia del DEA Seg. Soc. para efectos de impuestos

Nombre de la oficina o de las instalaciones NPI #

Dirección Ciudad Estado Código postal

Dirección de envío (si es diferente a la anterior)

Nombre de la persona contacto Teléfono Fax

Indique la cantidad de producto de Pfizer solicitada para asistencia al paciente o como asistencia provisional del producto a través de asistencia con apelaciones.

Fecha de inicio del tratamiento Fecha en que se espera completar el tratamiento

Dosis Régimen de dosificación Tamaño del vial / # de viales

Declaración del Proveedor:

Por la presente certifico que la información que aquí proveo es, a mi mejor entender, reciente, completa y precisa. Notificaré de inmediato a FirstResource si el producto de Pfizer ya no es médicamente necesario para el tratamiento del paciente. **Certifico que el producto de Pfizer es médicamente necesario para este paciente y que supervisaré sus tratamientos.** Certifico que he obtenido de mi paciente toda la autorización escrita requerida para divulgar a FirstResource, Pfizer y a sus agentes y representantes la información de identificación personal y de seguro de mi paciente. Entiendo que cualquier información provista se usará con el solo propósito de que FirstResource, Pfizer, sus agentes y representantes verifiquen la cobertura de seguro de mi paciente, para evaluar, si fuese aplicable, su elegibilidad para participar en el programa de asistencia al paciente o de asistencia con las apelaciones y para administrar el Programa FirstResource. Entiendo que la solicitud a FirstResource no garantiza que se obtenga asistencia. Entiendo que si las finanzas y/o la condición de seguro de mi paciente cambian, el paciente podría no ser elegible para participar en el programa y acuerdo notificar de inmediato al representante de FirstResource si me entero de cambios en la condición del seguro del paciente. Acepto que FirstResource se comunique conmigo para obtener información adicional en cuanto a esta solicitud ya sea por fax o de cualquier otra manera, incluida pero sin limitarse a, correo electrónico y teléfono. Acuerdo no presentar reclamaciones por productos provistos a través del programa de asistencia al paciente. Acepto que debo firmar el acuerdo del profesional de la salud para recibir los productos provisionales a través del programa de asistencia con las apelaciones. Entiendo que no tengo obligación de recetar productos de Pfizer y que no he recibido ni recibiré beneficio del Programa FirstResource, Pfizer, o sus agentes o representantes por recetar un producto de Pfizer. Entiendo que FirstResource, Pfizer y sus agentes y representantes tienen el derecho de revisar, cambiar o dar por terminado este programa (y la asistencia ofrecida) en cualquier momento y sin aviso.

Firma del médico

Fecha

SECCIÓN DOS: INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Para ser completado por el paciente o el proveedor)

Nombre del paciente _____ Teléfono del paciente _____

Dirección del paciente _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de Seguro Social del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente _____

Diagnóstico del paciente y el código de ICD-9 (Sólo para el programa de asistencia con apelaciones y de verificación de seguro)

SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN DEL SEGURO (Para ser completado por el paciente y/o el profesional de la salud)

Por favor, a continuación complete cualquier información aplicable al seguro.

	Medicare	Medicaid	Comercial	Otro
Nombre de la compañía de seguros				
Número de póliza				
Número de grupo				
Teléfono				
Nombre del tenedor de la póliza				
Fecha de nacimiento del tenedor de la póliza				

Número de identificación específico de pagador del médico, si aplica _____

¿Se ha presentado ya alguna reclamación al seguro? Yes No

Si contestó sí, ¿le ha denegado cobertura el seguro? Yes No

Por favor, indique las razones para la denegación y las fechas de denegación del servicio: _____

SECCIÓN CUATRO: INFORMACIÓN DE FINANZAS (Para ser completado por el paciente y/o el profesional de la salud, si está solicitando asistencia con el producto)

Por favor, indique el ingreso anual actual de la familia para cada una de las partidas que se indican abajo. Si usted no recibe ingreso por una partida en particular, escriba "0". Si usted no tiene ingresos, su médico debe proveer una certificación escrita en papel con membrete de la oficina indicando que usted no tiene ingresos. Cada partida deberá ser completada. Número de personas que componen la familia y dependen del ingreso indicado a continuación (incluido el solicitante):

Sueldo anual actual	\$	Distribuciones de IRA	\$	Pensión alimentaria/conyugal	\$
Seguro Social	\$	Intereses/Dividendos	\$	Discapacidad	\$
Otros ingresos – Por favor, explique	\$	Compensación por desempleo	\$	Compensación por accidentes del trabajo	\$
Ingreso anual total para la familia				\$	

Debemos recibir prueba de los ingresos EN EL PLAZO DE 30 DÍAS para determinar la elegibilidad para asistencia con el producto. Sírvase presentar documentación para apoyar la información de finanzas que se indicó arriba. La prueba de ingresos podría incluir documentos como: la planilla más reciente de contribución sobre ingresos, formulario(s) W-2, cheque de Seguro Social o copia de su talonario de paga más reciente.

Declaración del paciente:

Por la presente aseguro y certifico que la información provista a FirstResource es, a mi mejor entender, reciente, completa y precisa. Entiendo que podrían comunicarse conmigo para solicitar información adicional que ayude a determinar mi elegibilidad para participar en el Programa FirstResource y para recibir servicios. Reconozco que toda la información que ofrezca en la solicitud se utilizará para decidir si puedo participar en el Programa FirstResource y, de quedar inscrito, para ofrecerme servicios. Entiendo que mi información se utilizará sólo para verificar mi cobertura de seguro y para determinar, si fuese aplicable, mi elegibilidad para el programa de asistencia al paciente y para que FirstResource, Pfizer y otras compañías afiliadas y contratistas administren el Programa FirstResource. Si solicito participar en el Programa FirstResource, entiendo que dicho Programa puede solicitar documentos para verificar mi información de finanzas o de seguro. Entiendo que cualquier asistencia ofrecida por el Programa FirstResource es provisional y que se me podría pedir que volviera a solicitar en un intervalo establecido. Entiendo que podría ser responsable del pago de los productos provisionales si no se recibe el pago del seguro y/o si mi profesional de la salud no sigue estrictamente las guías del programa provisional. Además, entiendo que si las reclamaciones fueran pagadas, podría ser responsable por los copagos de los productos. También acepto informar inmediatamente al programa y a mi médico sobre cualquier cambio en mis ingresos o en mi seguro. Autorizo a FirstResource, Pfizer y a sus compañías afiliadas y contratistas a obtener información de salud de mis profesionales de la salud, de mi médico o de cualquier compañía de seguros y cualquier otra información necesaria para completar el proceso de solicitud, verificar la exactitud de la información ofrecida en el formulario de inscripción, administrar el Programa de FirstResource y, si fuese aplicable, referirme o determinar mi elegibilidad para otros programas o fuentes alternas de financiamiento o cubierta que podrían estar disponibles para proveerme asistencia con el costo de mi tratamiento. Entiendo que FirstResource, Pfizer y sus agentes y representantes tienen el derecho de revisar, cambiar o dar por terminado este programa (y la asistencia ofrecida) en cualquier momento y sin aviso. Confirmando que soy residente de los EE.UU.

Firma del Paciente/Tutor _____

Fecha _____