

SOLICITUD DE PFIZER PFRIENDS

Pfizer Pfriends puede ayudarlo a usted y a su familia a ahorrar en los medicamentos Pfizer.



¿Cuáles son los requisitos para participar en Pfizer Pfriends?

Usted no debe contar con ninguna cobertura para fármacos recetados, por ejemplo: Medicaid; cobertura para fármacos recetados Medicare; programas de asistencia para fármacos recetados patrocinados por el estado; cobertura para fármacos mediante un programa para empleados, militar, de retiro o de pensión.

¿Cómo puedo solicitar la participación en Pfizer Pfriends?

Complete y firme este formulario, y envíelo a:

Pfizer Pfriends, PO Box 66543, St. Louis, MO 63166-6543

Si tiene alguna pregunta o desea inscribirse por teléfono, llame al 1-866-706-2400.

Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo
Solicitante:	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Cónyuge/concubino/a:	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
1 Dependiente n° 1:	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dependiente n° 2:	___/___/___	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono: (____) _____ - _____		Correo electrónico (opcional):

2 Ingreso anual bruto total: \$ (a fin de determinar el nivel de ahorro)	Cantidad de personas en el hogar: (usted y las personas por las que es responsable económicamente)
---	---

3 Información de seguro: ¿Usted, su cónyuge/concubino/a o alguno de sus dependientes...	
a. ...cuenta con seguro para fármacos recetados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. ...está inscripto en Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. ...está inscripto en el plan de fármacos recetados Medicare Parte D?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

4 Declaración del Paciente – Firmando abajo, declaro/declaramos que mis/nuestras respuestas son completas y auténticas según mi/nuestro mejor saber y entender. Y entiendo/entendemos y declaro/declaramos que:

- El hecho de completar este formulario de solicitud no garantiza que sea/seamos apto/s para el programa Pfizer Pfriends.
- Pfizer podrá verificar la veracidad de la información que haya/hayamos entregado y podrá pedir más información financiera y de seguro.
- Los medicamentos que se adquieran con descuento mediante el programa Pfizer Pfriends no pueden venderse, negociarse, cambiarse ni transferirse.
- Pfizer se reserva el derecho a modificar o cancelar el programa Pfizer Pfriends en cualquier momento.
- Me comunicaré/nos comunicaremos de inmediato con el programa Pfizer Pfriends en caso de modificarse mi/nuestra condición financiera o cobertura de seguro.

4 Pfizer sabe que sus datos personales y la información sobre su estado de salud son privados. La información que nos brinde sólo será utilizada por Pfizer 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 Pfriends.

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

Firma original del solicitante	X	Fecha:
Firma original del cónyuge/concubino/a	X	Fecha:
Firma original del dependiente n° 1 (Padre o madre o tutor, si es menor de 18 años)	X	Fecha:
Original Dependent #2 Signature (Padre o madre o tutor, si es menor de 18 años)	X	Fecha: