

Programa de asistencia para pacientes de Pfizer: Instrucciones para el formulario de inscripción del Grupo C

El Programa de asistencia para pacientes de Pfizer para vacunas es un programa de asistencia basado en el reemplazo de productos que ofrece a pacientes elegibles Prevnar 13® (Vacuna conjugada 13-valente para el neumococo [Difteria CRM₁₉₇ Proteína]) y Trumenba® (Vacuna antimeningocócica del Grupo B) de manera gratuita a través de consultorio médico. A través de este programa, las existencias adquiridas por los médicos que recetan de la vacuna se reabastecen cuando se administran a los pacientes aprobados para obtener asistencia a través del Programa de asistencia para pacientes de Pfizer.






Este formulario de inscripción está diseñado para médicos que recetan cuyos pacientes necesitan ayuda para pagar sus vacunas de Pfizer. Si los pacientes necesitan ayuda con otros medicamentos de Pfizer o si desea obtener información sobre las opciones de asistencia adicionales de Pfizer, llame al 844-989-PATH (7284) para hablar con un Asesor de acceso a medicamentos (lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del este).

¿Su paciente califica para el reemplazo de vacunas?

Para resultar elegible para obtener asistencia, su paciente debe:

- ✓ No tiene seguro de cobertura para medicamentos recetados para la vacuna necesaria
- ✓ Reside en los Estados Unidos
- ✓ Cumple determinados requisitos de edad:
 - Prevnar 13®: tener 18 años, como mínimo
 - Trumenba®: entre 19 y 25 años de edad

Cumplir determinados límites de ingresos: (vea el gráfico a continuación)

Cant. de personas en su familia	Total de ingresos mensuales antes de impuestos	Total de ingresos anuales antes de impuestos
	Menos o igual a \$4047	Menos o igual a \$48 560
	Menos o igual a \$5487	Menos o igual a \$65 840
	Menos o igual a \$6927	Menos o igual a \$83 120
	Menos o igual a \$8367	Menos o igual a \$100 400
	Menos o igual a \$9807	Menos o igual a \$117 680

Si vive en Alaska o Hawái, o si su familia tiene más de 5 integrantes, llame al 866-706-2400.

Nota: los límites de ingresos están sujetos a cambios todos los años; los límites actuales reflejan las Pautas federales del nivel de pobreza de 2018.

¿Cómo puedo presentar la solicitud en nombre de mi paciente?

- 1 Llame al Programa de asistencia para pacientes de Pfizer al 866-706-2400 para obtener un número de aprobación de reemplazo de vacunas



Tras confirmar la elegibilidad de su paciente con un representante de asistencia para pacientes de Pfizer por teléfono, se le proporcionará un número de aprobación de reemplazo de vacunas.

Tenga en cuenta: los médicos que recetan verifican la elegibilidad de su paciente y obtienen un número único de aprobación de reemplazo de vacunas del Programa de asistencia para pacientes de Pfizer por teléfono antes de poder enviar un formulario de inscripción completo, o administrar sus propias existencias adquiridas de una vacuna de Pfizer a su paciente que la necesita. El número de aprobación dado está basado en la información proporcionada por teléfono, y no garantiza el suministro de la vacuna. Se debe recibir un formulario de inscripción completo en el que se indique que un paciente cumple todos los requisitos de elegibilidad por fax en el plazo de 30 días para procesar de manera oficial un suministro.

- 2 Complete este formulario de inscripción y envíelo por fax (con una página membretada del consultorio) al 866-230-1678



En el plazo de 30 días de haber recibido un número de aprobación de reemplazo de vacunas, complete las páginas 2 y 3 de este formulario de inscripción con su paciente y envíelo por fax al Programa de asistencia para pacientes con Pfizer al 866-230-1678.

El Programa de asistencia para pacientes de Pfizer es un programa conjunto de Pfizer Inc. y la fundación Pfizer Patient Assistance Foundation™. La fundación Pfizer Patient Assistance Foundation es una entidad legal separada de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.

P.O. Box 566, Somerville, NJ 08876

Tel.: 866-706-2400

Fax: 866-230-1678



Formulario de inscripción para medicamentos del Grupo C: SECCIÓN DEL PACIENTE



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1

Nombre del paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Correo electrónico: Teléfono: Cantidad total de personas en la familia (incluido el solicitante): _____

Total de ingresos anuales para toda la familia: \$ _____

Sus ingresos anuales familiares incluyen el salario actual anual, Seguro Social, beneficios de seguro por desempleo e indemnización del trabajador. La información que proporcione está sujeta a auditorías y verificación al azar.

¿Tiene seguro o cobertura para medicamentos recetados para su vacuna de Pfizer? Sí No

Para Prevnar 13[®]: ¿Tiene 18 años de edad como mínimo? Sí No

Para Trumenba[®]: ¿Tiene entre 19 y 25 años de edad? Sí No

CONSENTIMIENTO Y PRIVACIDAD DEL PACIENTE (Lea y firme a continuación):

Pfizer, Pfizer Patient Assistance Foundation™ y las partes que actúan en su nombre usarán la información que proporcione para determinar la elegibilidad, para administrar y mejorar el Programa de asistencia para pacientes de Pfizer, para comunicarse con usted sobre su experiencia con el Programa de asistencia para pacientes de Pfizer, o para enviarle materiales y otra información útil y actualizaciones en relación con programas de Pfizer. Al firmar a continuación, certifico que no puedo pagar mi medicamento y afirmo que cumplo con los criterios de elegibilidad para el Programa de asistencia para pacientes de Pfizer y que la información proporcionada en esta solicitud es completa y precisa.

Comprendo lo siguiente:

- Completar este formulario de solicitud no garantiza que reuniré los requisitos para recibir asistencia a través del Programa de asistencia para pacientes de Pfizer.
- Pfizer puede verificar la exactitud de la información que he proporcionado y puede solicitar información adicional para confirmar mi elegibilidad.
- Pfizer puede obtener información de mi perfil de crédito de Experian Health para los fines de verificar mi elegibilidad de ingresos para el Programa de asistencia para pacientes de Pfizer.
- Pfizer se reserva el derecho de cambiar o cancelar el Programa de asistencia para pacientes de Pfizer, o para terminar mi inscripción, en cualquier momento.
- Cualquier vacuna proporcionada por el Programa de asistencia para pacientes de Pfizer no se venderá, comercializará, intercambiará o transferirá.
- La asistencia proporcionada a través de este programa no depende de ninguna compra futura.

Certifico y confirmo que, si recibo una vacuna de Pfizer a través del Programa de asistencia para pacientes de Pfizer:

- No solicitaré el reembolso o el crédito para esta vacuna de ninguna compañía de seguros, organización de mantenimiento de salud o programa del gobierno.
- He completado y firmado un Formulario de autorización de la HIPAA y lo he devuelto a mi médico que receta.



Firma del paciente

Fecha: _____

Nota: NO envíe los registros médicos del paciente o cualquier otra documentación del paciente que no se le haya solicitado. Se rechazarán los formularios de inscripción en caso de enviar estos materiales adicionales.

El Programa de asistencia para pacientes de Pfizer es un programa conjunto de Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Pfizer Patient Assistance Foundation es una entidad legal separada de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.



INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA

1

Nombre y cargo del médico que receta: _____

N.º DEA: _____

N.º de licencia estatal: _____

N.º de NPI: _____

Dirección de envío del consultorio: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Dirección de correo electrónico del médico que receta: _____

2

INFORMACIÓN DE LA VACUNA (Para ser completado después de confirmar la elegibilidad del paciente por teléfono por parte de un representante de asistencia para pacientes de Pfizer)

 Prevnar 13[®]: jeringa prellenada de 0,5 ml Trumenba[®]: jeringa prellenada de 0,5 ml Calendario de dos dosis Calendario de tres dosis

N.º de aprobación de reemplazo de la vacuna: _____

N.º de lote de vacuna: _____

Fecha de administración: _____

Debe proporcionar el número de lote de la vacuna administrada de sus existencias comerciales, además de la fecha de su administración, para obtener el producto de reemplazo a través del Programa de asistencia para pacientes de Pfizer. Para Trumenba[®], proporcione el número de lote de la primera dosis de la vacuna administrada. Para obtener dosis adicionales de Trumenba[®] necesarias durante la inscripción de 6 meses de su paciente, llame al 1-866-706-2400.

A modo de recordatorio, no puede administrar la vacuna a su paciente hasta que haya recibido la aprobación del reemplazo a través del Programa de asistencia para pacientes de Pfizer.

3

CONSENTIMIENTO Y PRIVACIDAD DEL MÉDICO QUE RECETA (Lea y firme a continuación)

Pfizer usará la información que proporcione para mejorar y personalizar nuestros productos y servicios para adaptarlos mejor a usted. Pfizer Patient Assistance Foundation™ y las partes que actúan en su nombre también usarán la información para administrar y mejorar el Programa de asistencia para pacientes de Pfizer, para comunicarse con usted sobre su experiencia con el Programa de asistencia para pacientes de Pfizer, o para enviarle materiales y otra información útil y actualizaciones en relación con programas de Pfizer.

Comprendo lo siguiente:

- Mi paciente debe cumplir los criterios de elegibilidad del Programa de asistencia para pacientes de Pfizer para calificar para la asistencia.
- El producto que recibo no es una muestra, sino un reemplazo del producto que adquirí anteriormente.
- Cualquier vacuna finalmente suministrada por Pfizer a través del Programa de asistencia para pacientes de Pfizer es para uso exclusivo del paciente especificado; no puede venderse, comercializarse, intercambiarse, transferirse, devolverse para obtener crédito o enviarse a un tercero, tal como Medicare o Medicaid, para recibir el reembolso.
- Pfizer debe recibir una solicitud firmada y completa en el plazo de 30 días para reabastecer la vacuna.
- La información proporcionada en esta solicitud está sujeta a auditorías y verificación al azar.
- Pfizer puede cambiar o cancelar este programa en cualquier momento.

Certifico y confirmo lo siguiente:

- He obtenido todas las autorizaciones necesarias de mi paciente para divulgar información personal y médica a Pfizer Inc., Pfizer Patient Assistance Foundation y otros terceros que actúan en su nombre
- No cobraré a mi paciente por la vacuna de Pfizer ni tampoco por su administración si mi paciente recibe la aprobación para obtener asistencia a través del Programa de asistencia para pacientes de Pfizer.



Firma del médico que receta

X

Fecha: _____

El Programa de asistencia para pacientes de Pfizer es un programa conjunto de Pfizer Inc. y Pfizer Patient Assistance Foundation™. Pfizer Patient Assistance Foundation es una entidad legal separada de Pfizer Inc. con restricciones legales distintas.

**Formulario de autorización de la HIPAA para la divulgación de información del paciente
PARA PFIZER INC. Y PFIZER PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION, INC.
PROGRAMAS DE ASISTENCIA DE PFIZER**

NO ENVÍE ESTE FORMULARIO CON SU SOLICITUD; ES PARA LOS REGISTROS DEL PACIENTE Y DEL MÉDICO QUE RECETA EXCLUSIVAMENTE

Para el paciente: Pfizer Inc y Pfizer Patient Assistance Foundation, Inc. ofrecen programas de asistencia para pacientes (el "Programa") para ayudar a los pacientes que reúnen los requisitos para obtener determinados medicamentos de Pfizer sin costo. Para determinar su elegibilidad para el Programa y para administrar su participación en el Programa de ser aceptado, Pfizer, junto con sus compañías afiliadas y contratistas que administran el Programa, necesitan obtener determinada información sobre usted de su médico (que también se designa como "Médico" en este formulario). **Complete esta autorización, firme y coloque la fecha, y devuélvala a su médico.**

Para el médico: **Conserve la autorización original firmada con los registros del paciente y proporcione una copia al paciente. No es necesario que devuelva esta autorización del paciente a Pfizer.**

Solicito y autorizo a mi Médico, _____, que proporcione a Pfizer Inc, incluidos los representantes y contratistas que trabajan en nombre de Pfizer en este Programa, y Express Scripts, Inc. (en conjunto, "Pfizer"), mi información médica protegida, incluido, entre otros, información sobre mi afección médica y tratamientos, que es necesaria para determinar mi elegibilidad para el Programa y para mi participación continuada en el Programa si se me acepta, para administrar el Programa, para representar mi retiro si debido interrumpir mi participación en este Programa y para evaluar la satisfacción del paciente y la eficacia general del Programa. El tipo de información que puede proporcionarse conforme a esta autorización puede incluir la siguiente:

- Mi nombre y fecha de nacimiento
 - Mi dirección y número de teléfono
 - Mi número de Seguro Social
 - Información financiera sobre mí
 - Información sobre mis beneficios de salud o cobertura de seguro médico
 - Información sobre mi afección médica, de ser necesario
- Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que esto es estrictamente voluntario. Además, comprendo que mi Médico no puede condicionar la disposición de mi tratamiento a la firma de esta autorización.

Sé que puedo cancelar (revocar) esta autorización en cualquier momento mediante comunicación por escrito a mi Médico a _____. Si cancelo esta autorización, mi Médico dejará de proporcionar a Pfizer, y sus representantes, información sobre mí. No obstante, no puedo cancelar las acciones que ya se han tomado teniendo en cuenta mi autorización.

Comprendo que, una vez que mi Médico proporcione a Pfizer información sobre mí en función de esta autorización, las leyes de privacidad federales no pueden evitar que Pfizer divulgue adicionalmente mi información. También comprendo que, firmar esta autorización no garantiza que seré aceptado en un programa de asistencia para pacientes de Pfizer.

Esta autorización caducará un (1) año después de la fecha de su firma, a continuación, o un (1) año después de la última fecha en que reciba medicamentos conforme al Programa, lo que sea posterior, o según lo exijan las leyes estatales.

Paciente o representante personal del paciente *{En caso de representante personal, indicar la autoridad para firmar en nombre del paciente (si corresponde)}*

Firma _____

Fecha _____

Nombre (en letra de imprenta) _____

Devuelva el formulario firmado a su Médico. Tiene derecho a recibir una copia para sus registros.