

SOLICITUD DE PFIZER FRIENDS

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



¿Cuáles son los requisitos para participar en Pfizer Pfriends?

Usted no puede tener cobertura para medicamentos por receta, como por ejemplo: Medicaid, cobertura de Medicare para medicamentos por receta; programas de asistencia para medicamentos por receta patrocinados por el estado; cobertura para medicamentos de un programa para empleados, militares, jubilados o pensionados.

¿Cómo presento mi solicitud para participar en Pfizer Pfriends?

Complete y firme este formulario y envíe el formulario diligenciado a:

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

El programa de ahorro Pfizer Pfriends no es un seguro de salud. No hay que pagar ningún costo de membresía para participar en el programa Pfizer Pfriends.

Para consultar una lista completa de farmacias participantes visite www.PfizerHelpfulAnswers.com o llame al número de teléfono gratuito 866-706-2400. El ahorro estimado varía del 15 al 36% dependiendo de factores como el medicamento en particular, la cantidad comprada y la farmacia donde realice la compra.

Si tiene preguntas o si 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/pareja:	___/___/___	<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: (____) _____ - _____	Dirección correo electrónico (opcional):	

2 Ingreso bruto total anual: \$ _____ (Para determinar el nivel de aborro)	Cantidad de personas en el hogar: _____ (Incluido usted y aquellos que dependen económicamente de usted)
---	---

3 Información sobre el seguro - ¿Usted, su cónyuge/pareja o alguno de sus dependientes:	
a. Tiene cobertura de seguro para medicamentos por receta?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
b. Está inscrito en Medicaid?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
c. Está inscrito en el plan de medicamentos por receta Medicare, Parte D?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

4 Declaración del paciente – Al firmar a continuación, yo/nosotros afirmo/afirmamos que mis/nuestras respuestas son completas, verdaderas y correctas a mi/nuestro leal saber y entender. <i>Y yo/nosotros entiendo/entendemos y doy/damos fe que:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Completar este formulario de solicitud no es garantía de que yo/nosotros reúna/reunamos los requisitos para el programa Pfizer Pfriends. • Pfizer podrá verificar la veracidad de la información que he/hemos brindado y podrá pedir más información financiera o sobre el seguro. • Los medicamentos comprados a precio con descuento a través de Pfizer Pfriends no serán vendidos, comercializados, canjeados o transferidos. • Pfizer se reserva el derecho a modificar o cancelar el programa Pfizer Pfriends en cualquier momento. • Yo/nosotros me comunicaré/nos comunicaremos de inmediato con Pfizer Pfriends si mi/nuestra situación financiera o cobertura de seguros cambia.
Pfizer y Pfizer Patient Assistance Foundation (PPAF) entienden que la información sobre su persona y su salud es privada. La información que usted nos brinde será usada únicamente por Pfizer, PPAF y aquellos que actúen en sus nombres para enviarle los materiales que usted solicite, otro tipo de información útil y actualizaciones del programa <i>Pfizer Pfriends</i> .
<input type="checkbox"/> Al marcar este casillero, acepto/aceptamos <i>también</i> que Pfizer y PPAF y las compañías que actúen en sus nombres me/nos envíen materiales sobre otras afecciones médicas, usen mi/nuestra información para desarrollar o mejorar productos y servicios o se comuniquen conmigo/con nosotros en el futuro para conocer mi/nuestra experiencia con el programa <i>Pfizer Pfriends</i> o para otros temas relacionados con la salud.

Firma original del solicitante	X	Fecha:
Firma original del cónyuge/pareja	X	Fecha:
Firma original del Dependiente N° 1 (Padre/madre o tutor si es menor de 18 años)	X	Fecha:
Firma original del Dependiente N° 2 (Padre/madre o tutor si es menor de 18 años)	X	Fecha: