

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE INSTRUCCIONES

Gracias por referir su paciente a nuestro Programa de asistencia al paciente. Adjuntamos una copia del formulario de solicitud. Éste puede ser fotocopiado y usado para pacientes adicionales.

Para calificar para recibir gratis medicamentos de la Compañía Farmacéutica Procter & Gamble (P&G), el paciente debe ser residente de los EE.UU., debe carecer de cobertura de precio razonable para la receta, y el ingreso total de su hogar debe ser menos del 200% del nivel de pobreza federal (FPL, por sus siglas en inglés). Si el paciente califica para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y tiene un ingreso menor al 150% FPL, el paciente debe comprobar mediante documentos que no califica para recibir un subsidio para medicamentos de Medicare (“Ayuda adicional”). Tenga en cuenta que el producto que se provee a su paciente bajo el Programa de asistencia al paciente no cuenta para los costos reales que salen de su bolsillo (TrOOP, por sus siglas en inglés) bajo el beneficio medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Todos los medicamentos recetados de P&G que son ingeridos oralmente están disponibles a través de nuestro programa en surtidos de hasta 90 días con un límite de 3 resurtidos:

Actonel[®] (tabletas de risedronato sódico)

Actonel[®] con Calcio (tabletas de risedronato sódico con tabletas de carbonato de calcio, USP)

Asacol[®] (mesalamina) tabletas de liberación atrasada

Didronel[®] (etidronato disódico) tabletas

Macrobid[®] (monohidrato de nitrofurantonina / macrocristales) cápsulas

Macrochantin[®] (macrocristales de nitrofurantonina) cápsulas

Los pacientes deben volver a solicitar cada año.

INSTRUCCIONES DE LA SOLICITUD PARA PACIENTES - SE REQUIERE

___ Llene completamente 3 secciones:

___ Información del paciente (Sección 2)

___ Información del seguro (Sección 3)

___ Información del ingreso (Sección 4)

___ Firme la solicitud.

___ Adjunte una copia de su planilla de ingresos del año pasado u otros récords para prueba de ingresos. Algunos ejemplos son los formularios 1040, 1040A, 1040EZ, W2 y 1099 de Rentas Internas (IRS) y la Declaración del Seguro Social. Si usted no presentó una planilla de ingresos, por favor incluya un formulario 4506-T de Rentas Internas mostrando que no presentó planillas.

___ Si tiene Medicare y si su ingreso es menor del 150% del nivel de pobreza federal (FPL), incluya una copia de la carta del Seguro Social que declara que usted no califica para Ayuda Adicional con los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare.

Para preguntas relacionadas con este programa, por favor llámenos al **1-800-830-9049**.

INSTRUCCIONES DE LA SOLICITUD PARA MÉDICOS - SE REQUIERE

___ Llene la información del Médico, Sección 1. Provea sus números de teléfono, fax, y número del DEA o de la Licencia del Estado.

___ Firme la sección de la Certificación del Médico.

___ Pida al paciente que llene completamente la Información del Paciente, Secciones 2, 3 y 4 y que firme la solicitud.

___ Llene la página de la Receta en la solicitud o incluya la receta con esta información.

___ Envíe por fax o correo la solicitud, la documentación financiera y la receta a:

Programa de asistencia al paciente de los Productos Farmacéuticos Procter & Gamble

PO Box 66553

St. Louis, MO 63166-6553

TELÉFONO 1-800-830-9049 FAX 1-866-277-9329

Si el paciente es aprobado, el medicamento y la hoja de resurtido se enviarán por correo al hogar del paciente dentro de los 14 días siguientes. Se enviará una carta de aprobación al médico también. Si se niega la elegibilidad al paciente, tanto el paciente como el médico recibirán una carta dentro 14 días.

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

La Compañía de Productos Farmacéuticos Procter & Gamble se compromete a mejorar el acceso a sus productos. Para calificar para medicamentos gratis, los pacientes no deben tener cobertura de precio razonable para esta receta a través de seguro público o privado. El caso de cada paciente se maneja individualmente.

SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN DEL MÉDICO (Favor de escribir claramente)

Apellido, Nombre			Persona de contacto en la oficina		
Dirección física de la oficina					
Ciudad	Estado	Zona Postal	Teléfono ()		
			Fax ()		
Designación profesional: (marque una)		Núm. de licencia estatal (o Núm. de DEA, si se requiere)			
<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> PA					

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO

Solicito que los medicamentos de los Productos Farmacéuticos de Procter & Gamble se provean al paciente mencionado anteriormente, quien ha demostrado tener una necesidad médica. A mi mejor entender, mi paciente no tiene cobertura provista a un precio razonable por una tercera parte para este medicamento como por ejemplo, una organización de manejo de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), un seguro privado, un programa estatal de farmacia, Medicare, Medicaid, o asistencia para veteranos.

Firma del Médico **X**

Fecha

SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Favor de escribir claramente)

Nota: Al recibir aprobación, el medicamento será enviado a la dirección del paciente

Apellido, Nombre del paciente		Núm. de Seguro Social o de identificación		Fecha de nac. del paciente / /	
Dirección física del paciente				Residente de los EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ciudad	Estado	Zona Postal	Teléfono ()		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Lista de alergias del paciente a medicamentos:		<input type="checkbox"/> N/A		Núm. de personas en su casa (incluyéndose a usted) (encierre en un círculo uno) 1 2 3 4 5 6 7	
Anote cualquier otro Medicamento del paciente:					

SECCIÓN 3 - INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PACIENTE

¿Tiene usted Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene usted Medicare? <input type="checkbox"/> Sí (Indique la cobertura más adelante) <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Plan original de Medicare	<input type="checkbox"/> Plan de medicamentos recetados de Medicare
<input type="checkbox"/> Plan médico de Medicare sin cobertura para Medicamentos Recetados	
<input type="checkbox"/> Plan médico de Medicare con cobertura para Medicamentos Recetados	
¿Tiene usted cobertura para medicamentos recetados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si responde sí, ¿cubre su plan de recetas este medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

SECCIÓN 4 - INFORMACIÓN DEL INGRESO DEL PACIENTE

Nota: Incluya prueba de sus ingresos

(Ejemplos: Planilla federal de ingresos, Formularios de Rentas Internas 1040, 1040EZ, 1099, Declaración del Seguro Social o de Incapacidad)

INGRESO TOTAL MENSUAL BRUTO	\$
<p>Por el presente doy mi consentimiento para permitir que P&GP (Productos Farmacéuticos Procter & Gamble) y mi médico provean esta información a cualquier tercera parte involucrada en asistir a P&GP en la administración de su Programa de asistencia al paciente (PAP, por sus siglas en inglés). Entiendo que esta información se usará solamente para determinar si reúno los requisitos para participar en el PAP y para administrar el programa, salvo según lo pueda requerir o permitir la ley aplicable, y que P&GP se reserva el derecho de comunicarse conmigo en cualquier momento por cualquier razón y de solicitarme información adicional.</p> <p>Al firmar al pie de página confirmo que la información en esta solicitud, incluyendo todas las copias de la documentación, está completa y correcta y que estoy autorizado para firmar esta solicitud. También verifico que actualmente no recibo beneficios para este medicamento de parte de Medicaid, Medicare, otro seguro público o privado, ni programa de asistencia. Reconozco y estoy de acuerdo que no reportaré ni contaré el valor del producto que se me provee bajo este Programa como un gasto verdadero de mi bolsillo (TrOOP, por sus siglas en inglés) bajo mi beneficio de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Entiendo que P&GP y cualquier tercera parte involucrada en ayudar a tienen el derecho a verificar mi elegibilidad, incluyendo el derecho de auditar cualquier información provista. También estoy de acuerdo con comunicarme con P&GP si hubiera algún cambio en la información relacionada con la cobertura de medicamentos recetados. También entiendo que P&GP tiene derecho a comunicarse conmigo directamente y confirmar si he recibido los medicamentos y a revisar, cambiar o terminar este programa en cualquier momento. Entiendo que puedo revocar este consentimiento y darme de baja de la participación en el PAP en cualquier momento mediante una carta enviada por correo al PAP.</p>	
Firma del Paciente X	Fecha

El paciente recibirá comunicación dentro de 14 días acerca de su elegibilidad.

**ENVÍE POR CORREO O POR FAX EL FORMULARIO CUMPLIMENTADO, LA DOCUMENTACIÓN FINANCIERA Y LA RECETA A
PO BOX 66553 ST. LOUIS, MO 63166-6553
TELÉFONO 1-800-830-9049 FAX 1-866-277-9329**

FORMULARIO DE RECETAS PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Prescription Information/Información de la Receta
Please fill out completely/ Favor de llenar completamente
Please Print / Por favor escriba en letra de molde

**Patient Information/
Información del Paciente**

Patient Name/ Nombre del paciente: _____
Social Security or ID Number/ Núm. de Seguro Social o de identificación _____
Date of Birth/ Fecha de nacimiento: _____
C/O: _____ Phone Number/ Núm. de teléfono: _____
Shipping Address/ Dirección de envío: _____
Apt#/ Núm. de Apt: _____
City/ Ciudad: _____ State/ Estado: _____
Zip/ Zona Postal: _____

**Practitioner Information/
Información del Médico**

Prescriber Name: / Nombre de quien receta: _____
DEA#/StateLicense# / Núm. de DEA / Núm. de Licencia del Estado: _____ Phone: / Teléfono: _____

**Prescription Information
/ Información de la Receta**

Have your prescriber complete the following information, or attach a prescription. If you attach an original prescription, make sure it includes the information below. / Pida a quien le haga la receta que llene la siguiente información, o que incluya una receta. Si usted incluye la receta original, asegúrese que contiene la información a continuación.

All information below must be completed by prescriber in order to process prescription. / Toda la información a continuación debe llenarla el médico para que se pueda procesar la receta.

Valid only for Procter & Gamble oral prescription products listed below/

Válido sólo para recetas de productos de Procter & Gamble tomados por vía oral, listados a continuación

Date: / Fecha: _____

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Actonel 5mg | <input type="checkbox"/> Actonel with Calcium 35mg /Actonel con calcio 35mg |
| <input type="checkbox"/> Actonel 30mg | <input type="checkbox"/> Actonel 150mg |
| <input type="checkbox"/> Actonel 35mg | |
| <input type="checkbox"/> Actonel 75mg | |

Directions / Instrucciones: _____

Qty: 90 days supply /Cantidad: surtido para 90 días

Refills (circle one) / Resurtidos (encierre en un círculo uno): 1 2 3

- | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asacol 400mg | <input type="checkbox"/> Didronel 200mg | <input type="checkbox"/> Macrobid 100mg | <input type="checkbox"/> Macrochantin 25mg |
| | <input type="checkbox"/> Didronel 400mg | | <input type="checkbox"/> Macrochantin 50mg |
| | | | <input type="checkbox"/> Macrochantin 100mg |

Directions / Instrucciones: _____

Qty / Cantidad: _____ **Refills (circle one) / Resurtidos (encierre en un círculo uno):** 1 2 3

Prescriber's Signature/

Firma del que le receta: _____

Substitution Permitted/ Se permite sustituto

Dispense As Written/ Despache según lo indicado