

New Patient Application

READ BELOW TO SEE IF THIS PROGRAM IS RIGHT FOR YOU.



WHO MAY BE ELIGIBLE

To be eligible for *Connection to Care*:

- o Your total family household income must be at or below 200% of the Federal Poverty Level. Please see the chart on this page to see if you qualify, **and**
- o You cannot have any insurance or receive any benefits that help pay for prescription drugs, such as:
 - o Medicaid
 - o Medicare prescription drug coverage (*Medicare Part D*)
 - o State-sponsored prescription drug assistance programs
 - o Employee, military, retirement or pension program drug coverage

Pharmacy discount cards or drug company assistance programs are not insurance coverage. If you participate in these programs, you may still qualify.

If your application is approved, we send up to a three-month supply of medication to your healthcare providers.

Hardship exceptions: Lower income individuals who have insurance coverage for prescription medicines may still be eligible for assistance through *Connection to Care* if they are experiencing significant financial or medical hardship. Please contact *Connection to Care* at 800 707 8990 for more information.

Connection to Care is not available to residents of Puerto Rico and US territories.

APPLYING FOR REFILLS OR ADDITIONAL MEDICATIONS

If you are already enrolled in *Connection to Care* and would like to order refills or new Pfizer products, please have your physician call 800 707 8990. If you would like a refill, please have your physician call us before you run out so you can continue your medication while we process the request. *You only need to submit your proof of income once per year.*

PRIVACY STATEMENT PFIZER INC RESPECTS YOUR RIGHT TO CONFIDENTIALITY OF YOUR PERSONAL AND MEDICAL INFORMATION. PFIZER (AND COMPANIES WORKING WITH PFIZER) WILL USE THE INFORMATION YOU PROVIDE TO DETERMINE YOUR ELIGIBILITY AND TO ADMINISTER THE CONNECTION TO CARE PROGRAM. YOUR INFORMATION WILL NOT BE SHARED WITH THIRD PARTIES (SUCH AS OUTSIDE MAILING LISTS). PFIZER MAY USE NON-IDENTIFIABLE INFORMATION (SUCH AS YOUR GENDER, LOCATION OR AGE) TO EVALUATE THE CONNECTION TO CARE PROGRAM OR TO DEVELOP OTHER PROGRAMS AND SERVICES.

WHAT YOU NEED TO SEND US

- 1 **Your original prescription form** signed by your healthcare provider.
 - 2 **This application form** filled out and signed by both you and your healthcare provider.
 - 3 **Proof of income** if you are applying for the first time or it has been more than 10 months since the last time you provided proof of income to us.
- Proof of income includes **copies** of both:
- a Your Federal tax return (*Form 1040 or 1040EZ*) for the prior tax year, **and**
 - b All other recent documents that show income paid to you (or your spouse if you are married), such as:
 - o Wage and tax statements (*W-2 forms*)
 - o Social Security, Pension, or Railroad Retirement statements (*SSA-1099 or similar*)
 - o Statements of interest, dividends, or other income (*1099-INT, 1099, 1099-DIV, or other forms*)

If you did not file a Federal tax return, you must include copies of all other proof-of-income documents that you have, and complete and sign the *Request for IRS verification* section on the other side.

If you cannot provide any proof-of-income documents, call us at 800 707 8990 for more instructions.

Place all required documents together in a stamped envelope and mail to:
Pfizer Connection to Care Program
P.O. Box 66585
St. Louis, MO 63166-6585

If you need help with your application, please call 800 707 8990.

PFIZER PRESCRIPTION MEDICINES

- Accupril® quinapril HCl
- Accuretic™ quinapril HCl/hydrochlorothiazide
- Caduet® amlodipine besylate/atorvastatin calcium
- Celebrex® celecoxib
- Chantix™ varenicline
- Detrol®LA tolterodine tartrate extended release
- Detrol® tolterodine tartrate
- Diflucan® fluconazole
- Dilantin® phenytoin
- Exubera® (human insulin [rDNA origin]) inhalation powder
- *Geodon® ziprasidone
- Glucotrol® glipizide
- Glucotrol XL® glipizide extended release
- *Inspra® eplerenone
- Lipitor® atorvastatin calcium
- †Lyrica® pregabalin C-V
- Neurontin® gabapentin
- Norvasc® amlodipine besylate
- Procardia XL® nifedipine extended release
- Relpax® eletriptan HBr
- *Rescriptor® delavirdine mesylate
- *Tikosyn® dofetilide
- Viagra® sildenafil citrate
- *Viracept® nelfinavir mesylate
- Xalatan® latanoprost
- *Zithromax® azithromycin
- Zolof® sertraline HCl
- ‡Zyrtec® cetirizine HCl

THIS IS A PARTIAL LIST OF AVAILABLE MEDICINES. FOR ADDITIONAL PFIZER MEDICINES, PLEASE CALL 800 707 8990.

2007 Federal Poverty Chart (200%)

Number of Persons in Family Household	Income
1	\$20,420
2	\$27,380
3	\$34,340
4	\$41,300
5	\$48,260

For persons in a family household greater than 5, or if you live in Alaska or Hawaii, please call 800 707 8990.

For information on the current Federal Poverty Level visit www.aspe.hhs.gov/poverty

Fill Out the APPLICATION
(other side)

Mail APPLICATION COMPLETED AND SIGNED
ORIGINAL PRESCRIPTION NO PHOTOCOPIES
PHOTOCOPIES OF PROOF-OF-INCOME DOCUMENTS

* If you are ordering this product for the first time, please call 800 707 8990.

† You must also fill out a Lyrica form in addition to this form. Please call 800 707 8990 to have a form mailed or faxed to you or your doctor.

‡ Zyrtec is a registered trademark of UCB Pharma, Inc.



New Patient Application

READ THE INSTRUCTIONS ON THE OTHER SIDE FIRST. PLEASE PRINT CLEARLY IN THE SHADED AREAS. MAIL THE ORIGINAL APPLICATION TO THE ADDRESS BELOW.

PATIENT INFORMATION

Patient name _____

Patient address _____ **Apartment** _____

City _____ **State** _____ **Zip** _____

Telephone number

Date of birth (month/day/year) / /

Social Security number or Federal ID number

Gender Male Female **Ethnic origin (optional)** Asian Black Hispanic White Other

Are you in any benefit program that helps pay for prescription drugs? Yes No
SEE THE OTHER SIDE FOR EXAMPLES. IF YES, YOU CANNOT RECEIVE MEDICATION FROM THIS PROGRAM.

Are you enrolled in Medicare? Yes No **Are you enrolled in a Medicare prescription drug coverage program (also known as "Part D")?** Yes No

Did you file a Federal tax return for the most recent tax year? Yes No
IF NO, YOU MUST SIGN BOTH THE PATIENT INFORMATION SECTION AND THE REQUEST FOR IRS VERIFICATION BELOW.

Total yearly income for your entire household \$ _____ **Number of dependents in your household** _____
(INCLUDING YOURSELF AND YOUR SPOUSE IF MARRIED)

PFIZER MAY CHECK THE INFORMATION ON YOUR APPLICATION. WE MAY ASK YOU FOR MORE FINANCIAL AND INSURANCE INFORMATION. PFIZER RESERVES THE RIGHT TO CHANGE OR CANCEL THE CONNECTION TO CARE PROGRAM AT ANY TIME.

By signing below, I affirm that my answers, and my proof-of-income documents, are complete and accurate to the best of my knowledge.

Original patient signature for application _____ **Date** _____

May Pfizer use your information to contact you about your experience with the Connection to Care program? Yes No

REQUEST FOR IRS VERIFICATION THAT YOU DID NOT FILE A TAX RETURN

If you did not file a Federal tax return for tax year 200_ , sign again below in this section to agree that:

- You are asking the IRS to send confirmation to Pfizer that you did not file a Federal tax return for the tax year 200_ .
- The IRS does not control how Pfizer uses this information.
- The IRS may call you to make sure you want to share this confirmation.

IRS: PLEASE SEND VERIFICATION TO Pfizer Connection to Care
PO Box 66557
St. Louis, MO 63166-6557

Patient signature for IRS request _____ **Date** _____

HEALTHCARE PROVIDER TO BE COMPLETED BY THE PRACTITIONER WHO WRITES THE PRESCRIPTION

Name and professional designation of healthcare provider _____ **DEA # (if none available, state license #)** _____ **Expiration date** _____

Name of clinic or hospital (if applicable) _____ **Name and title of office contact person** _____

Shipping address (We cannot accept a PO Box) _____ **Suite** _____ **Telephone** _____ **Fax** _____

City _____ **State** _____ **Zip** _____

By signing below, you the healthcare provider understand and agree that:

- Any medications supplied by Pfizer as a result of this order form are for the use of the patient named on this form only, and shall not be sold, traded, bartered, transferred, returned for credit, or submitted to any third party (such as Medicare, Medicaid or other benefit provider) for reimbursement.
- Pfizer may contact the patient directly to confirm receipt of medications.
- Pfizer may change or cancel this program at any time.

Original signature of practitioner _____ **Date** _____



Solicitud de paciente nuevo

LEA A CONTINUACIÓN PARA COMPROBAR QUE ESTE PROGRAMA SEA INDICADO PARA USTED.

QUIÉNES PUEDEN PARTICIPAR

Requisitos para el programa *Connection to Care*:

- El total de ingresos familiares debe ser igual o inferior al 200% del nivel de pobreza federal. Consulte la tabla que incluimos en esta página para ver si califica, y
- No debe tener ningún seguro ni recibir ningún beneficio que le ayude a pagar medicamentos recetados, como por ejemplo:
 - Medicaid
 - Cobertura para medicamentos recetados de Medicare (*Medicare Parte D*)
 - Programas de asistencia para medicamentos recetados patrocinados por el estado
 - Programa de cobertura para medicamentos para empleados, militares, jubilados o pensionados

Las tarjetas de descuento de farmacias o programas de asistencia de compañías farmacéuticas no son cobertura de seguro. Si participa en estos programas, podrá calificar igualmente.

Si su solicitud es aprobada, le enviaremos un suministro de hasta tres meses de medicamentos a sus proveedores de atención de la salud.

Excepciones en casos de dificultad: los individuos de ingresos más bajos que tengan cobertura de seguro para medicamentos recetados podrán igualmente calificar para recibir asistencia a través de *Connection to Care* si están atravesando graves dificultades financieras o médicas. Póngase en contacto con *Connection to Care* por el 800 707 8990 para obtener más información.

Connection to Care no está disponible para los residentes de Puerto Rico y los territorios de Estados Unidos.

SOLICITUD DE REPETICIONES O MEDICAMENTOS ADICIONALES

Si ya está inscripto en *Connection to Care* y desea solicitar repeticiones o nuevos productos de Pfizer, pídale a su médico que llame al 800 707 8990. Si desea una repetición, pídale a su médico que nos llame antes de quedarse sin medicamentos, para poder seguir tomando sus medicamentos mientras procesamos la solicitud. *Sólo deberá presentar su comprobante de ingresos una vez al año.*

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD: PFIZER INC. RESPETA SU DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD DE SU INFORMACIÓN PERSONAL Y MÉDICA. PFIZER (Y LAS COMPAÑÍAS QUE TRABAJAN CON PFIZER) USARÁN LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE PARA DETERMINAR SI CALIFICA PARA EL PROGRAMA PARA ADMINISTRAR EL PROGRAMA CONNECTION TO CARE. SU INFORMACIÓN NO SERÁ COMPARTIDA CON TERCEROS (COMO LISTAS DE CORREO EXTERNAS). ES POSIBLE QUE PFIZER USE LA INFORMACIÓN NO IDENTIFICABLE (TALES COMO SU SEXO, UBICACIÓN O EDAD) PARA EVALUAR EL PROGRAMA CONNECTION TO CARE O PARA DESARROLLAR OTROS PROGRAMAS Y SERVICIOS.

LO QUE DEBE ENVIARNOS

- 1 **Su formulario original de receta** firmado por su proveedor de atención a la salud.
- 2 **Este formulario de solicitud** completado y firmado tanto por usted como por su proveedor de atención a la salud.
- 3 **Comprobante de ingresos** si presenta su solicitud por primera vez o si han pasado más de 10 meses desde la última vez que nos presentó un comprobante de ingresos.

El comprobante de ingresos deberán incluir **copias** de las dos cosas que se mencionan a continuación:

- a Su declaración federal de impuestos (*Formulario 1040 o 1040EZ*) del año anterior, y
- b Cualquier otro documento reciente que demuestre los ingresos percibidos por usted (o su cónyuge, si es casado/a), tal como:
 - Declaraciones de salario e impuestos (*formularios W-2*)
 - Declaraciones del seguro social, pensión o del fondo de jubilación de trabajadores ferroviarios (*SSA-1099 o similares*)
 - Declaraciones de intereses, dividendos u otros ingresos (*1099-INT, 1099, 1099-DIV u otros formularios*)

Si no presentó una declaración federal de impuestos, deberá incluir copias de todos los documentos comprobantes de ingresos que tenga, y completar y firmar la sección *Solicitud de verificación del IRS* que se encuentra en la otra hoja.

Si no puede proporcionar ningún documento comprobante de ingresos, llámenos al 800 707 8990 para obtener más instrucciones.

Coloque todos los documentos necesarios juntos en un sobre con los debidos sellos, y envíelos por correo a:

Pfizer Connection to Care Program
P.O. Box 66585
St. Louis, MO 63166-6585

Si necesita ayuda con su solicitud, llame al 800 707 8990.



MEDICAMENTOS RECETADOS DE PFIZER

- Accupril®** Clorhidrato de quinapril
- Accuretic™** Clorhidrato de quinapril/Hidroclorotiazida
- Caduet®** Besilato de amlodipina/Atorvastatina calcio
- Celebrex®** Celecoxib
- Chantix™** Vareniclina
- Detrol®LA** Tartrato de tolterodina de liberación prolongada
- Detrol®** Tartrato de tolterodina
- Diflucan®** Fluconazol
- Dilantin®** Fentoína
- ***Geodon®** Ziprasidona
- Glucotrol®** Glipizida
- Glucotrol XL®** Glipizida de liberación prolongada
- ***Inspra®** Eplerenona
- Lipitor®** Atorvastatina calcio
- †**Lyrica®** Pregabalina CVa
- Neurontin®** Gabapentina
- Norvasc®** Besilato de amlodipina
- Procardia XL®** Nifedipina de liberación prolongada
- Relpax®** Bromhidrato de eletriptan
- ***Rescriptor®** Mesilato de delavirdina
- ***Tikosyn®** Dofetilida
- Viagra®** Citrato de sildenafil
- ***Viracept®** Mesilato de nelfinavir
- Xalatan®** Latanoprost
- ***Zithromax®** Azitromicina
- Zoloff®** Clorhidrato de sertralina
- ‡**Zyrtec®** Clorhidrato de cetirizina

ESTA ES UNA LISTA PARCIAL DE MEDICAMENTOS DISPONIBLES. PARA MEDICAMENTOS ADICIONALES DE PFIZER, LLAME AL 800 707 8990.

Tabla federal de índice de pobreza 2006 (200%)

Cantidad de personas en el hogar familiar	Ingresos
1	\$19,600
2	\$26,400
3	\$33,200
4	\$40,000
5	\$46,800

En el caso de personas que vivan en un hogar de más de 5 integrantes, o si vive en Alaska o en Hawai, llame al 800 707 8990.

Para obtener información sobre el nivel federal de pobreza, visite www.aspe.hhs.gov/poverty

Complete la SOLICITUD
(en la otra hoja)

Envíe por correo la SOLICITUD COMPLETADA Y FIRMADA RECETA ORIGINAL NO FOTOCOPIAS FOTOCOPIAS DE DOCUMENTOS COMPROBANTES DE INGRESOS

* Si es la primera vez que pide este producto, llame al 800 707 8990.

† Además de este formulario, debe también completar un formulario Lyrica. Llame al 800 707 8990 para que le envíen a usted o a su médico un formulario por correo o por fax.

‡ Zyrtec es una marca registrada de UCB Pharma, Inc.



Solicitud de paciente nuevo

LEA ANTES LAS INSTRUCCIONES EN LA OTRA HOJA. ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA CLARA EN LAS ÁREAS SOMBRADAS. ENVÍE POR CORREO LA SOLICITUD ORIGINAL A LA DIRECCIÓN QUE APARECE A CONTINUACIÓN.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente

Dirección del paciente

Apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

 / /

Número de seguro social

Sexo Masculino Femenino Origen étnico (opcional) Asiático Negro Hispano Blanco Otro

¿Participa usted de algún programa de beneficios que le ayuda a pagar medicamentos recetados?

VEA EJEMPLOS EN LA OTRA HOJA. SI RESPONDIÓ SÍ, NO PODRÁ RECIBIR MEDICAMENTOS DE ESTE PROGRAMA.

Sí No

¿Está usted inscrito en Medicare?

Sí No

¿Está usted inscrito en un programa de cobertura para medicamentos recetados de Medicare (también conocido como "Parte D")?

Sí No

¿Completó una declaración federal de impuestos para el año fiscal más reciente?

SI RESPONDIÓ NO, DEBERÁ FIRMAR A CONTINUACIÓN AMBAS SECCIONES, LA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y LA DE SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DEL IRS.

Sí No

Total de ingresos anuales de todo su núcleo familiar \$

Cantidad de dependientes en su núcleo familiar
(INCLUIDOS USTED Y SU CÓNYUGE, SI ES CASADO/A)

ES POSIBLE QUE PFIZER VERIFIQUE LA INFORMACIÓN DE SU SOLICITUD. TAMBIÉN PODEMOS SOLICITARLE MÁS INFORMACIÓN FINANCIERA Y DE SEGUROS. PFIZER SE RESERVA EL DERECHO DE MODIFICAR O CANCELAR EL PROGRAMA CONNECTION TO CARE EN CUALQUIER MOMENTO.

Al firmar a continuación, afirmo que mis respuestas y mis documentos comprobantes de ingresos están completos y son precisos, a mi leal saber y entender.

Firma original del paciente para la solicitud

X

Fecha

¿Autoriza a Pfizer usar su información para ponerse en contacto con usted con respecto a su experiencia con el programa Connection to Care? Sí No

SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DEL IRS DE NO HABER PRESENTADO UNA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS.

Si no presentó una declaración federal de impuestos para el año 200_, firme nuevamente a continuación en esta sección para confirmar que:

• Está solicitando al IRS que envíe a Pfizer una confirmación de que no presentó una declaración federal de impuestos para el año fiscal 200_.

• El IRS no controla el modo en que Pfizer usa esta información.
• Es posible que el IRS lo llame para asegurarse de que usted desea compartir esta información.

IRS: ENVIAR LA VERIFICACIÓN A
Pfizer Connection to Care
PO Box 66557
St. Louis, MO 63166-6557

Firma del paciente para la solicitud del IRS

X

Fecha

PROVEEDOR DE ATENCIÓN A LA SALUD PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA

Nombre y designación profesional del proveedor de atención a la salud

Nº de DEA (si no hubiera ninguno disponible, especifique el Nº de licencia estatal)

Fecha de vencimiento

Nombre de la clínica o del hospital (si correspondiera)

Nombre y cargo de la persona de contacto en el consultorio

Dirección de envío (no podemos aceptar casillas de correo)

Apto.

Teléfono

Fax

Ciudad

Estado

Código postal

Al firmar a continuación, usted, el proveedor de atención a la salud, entiende y acepta que:

• Todos los medicamentos suministrados por Pfizer por medio de este formulario de pedido son para uso exclusivo del paciente nombrado en este formulario, y no se venderán, comercializarán, cambiarán, transferirán, devolverán para obtener crédito, ni se enviarán a ningún tercero (tal como Medicare, Medicaid u otro proveedor de

beneficios) para un reembolso.

• Es posible que Pfizer se ponga en contacto directamente con el paciente para confirmar la recepción de los medicamentos.
• Pfizer puede modificar o cancelar este programa en cualquier momento.

Firma original del médico general

X

Fecha

PFIZER CONNECTION TO CARE PO BOX 66585 ST. LOUIS, MO 63166-6585 SERVICIO AL CLIENTE: TELÉFONO 800 707 8990

© Pfizer Inc. Impreso en los EE.UU./Septiembre de 2006





Partnership for Prescription Assistance

PhRMA's Commitment to Patient Safety:

Good communications are the key to safe and effective use of medications. There is information you should be sure to provide to your doctor, and information you should be sure to find out about your medicine.

Tell each doctor you consult about:

All your symptoms and answer all questions as accurately as you can. This will help the doctor determine your proper treatment.

All the medicine you take, including non-prescription products such as aspirin or laxatives. Keep a list of your medicines, if necessary, or take the containers with you to show the doctor. This is especially important on your first visit to a doctor or if, when traveling, you need to consult someone who is not your regular doctor.

Any bad reaction you have had to a medicine. Adverse reactions, or side effects, may appear as blurred vision, dizziness, nausea, skin rash, or other unusual feelings you did not experience before you took the medicine.

If you routinely drink even small amounts of alcohol each day—such as wine with meals. Your doctor may advise against this while you are taking prescription medication.

My Health Information

Using This Form

- Fill out all of the information that you know. Call a loved one or your health care provider if you need help or have questions concerning your medical information.
- Make three copies of both sides of the completed record. Keep one copy in your wallet or purse, provide one to a family member or friend, and share the other with your health care providers and pharmacists at all visits.
- You should update this record when:
 - Your contact information, insurance provider, health care provider or pharmacy changes.
 - Your medical condition changes.
 - You start or stop taking a medicine.
 - Your health care provider changes the dose of your medicine.
 - You visit the health care provider or pharmacist.

Personal Information		Pharmacy/Drug Store	
Name		Name of Store	
Date of Birth		Pharmacist	
Phone Number		Address	
Address		Phone Number	
Emergency Contact		My Allergies (e.g., medications, food)	
Name		Be sure to list adverse reactions and side effects caused by allergies	
Relationship			
Phone Number			
Insurance Provider (if applicable)		My Medical History	
Name		Be sure to include all medical conditions (e.g., illnesses, surgeries).	
Type (e.g., PPO, HMO)			
Member ID Number			
Contact Number			
Primary Care Physician		Other Physician(s)	
Name			
Address			
Phone Number			

WHAT YOU SHOULD ASK YOUR DOCTOR

Ask your doctor these questions about your prescription medicines:

What is the name of the medicine and what is it supposed to do?

How and when should it be taken?

How long should I continue to take it?

Are there any precautions I should observe while taking the medicine? For example, are there foods or beverages I should avoid while taking the medicine. Any other medicines I should not take? Any limitations on driving vehicles or other activities?

What side effects may occur? Are there any serious side effects that should be reported to the doctor? What should I do if minor side effects occur?

How long should I wait before reporting to the doctor if my symptoms do not improve?

Can the prescription be refilled? Should I check with the doctor before refilling it?

Is there any written information available about the drug?

Use this record to keep track of your medicines. Consult your health care provider to make sure the information you provide is accurate. And be sure to provide a family member, and your health care provider and pharmacist with a copy of the information.

	Name of Medicine	Dose	Frequency (how often and when)	Purpose	Directions/Notes
• Be sure to include all prescription medicines, over-the-counter drugs, vitamins and herbal supplements.					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					