



Solicitud de ayuda con medicamentos

Hoja de verificación para pacientes nuevos

Por favor, adjunte la siguiente información a su solicitud y envíela a:

Ubicación en Laurel Fork:

Programa de Asistencia con Medicamentos (Medication Assistance Program, MAP)

Tri-Area Community Health

PO BOX 9

14558 Danville Pike

Laurel Fork, Virginia 24352

Línea directa: (276) 398-1206

Para ubicaciones en: Laurel Fork, Floyd, Stuart, Grayson y Fries

Ubicación en Ferrum:

Programa de Asistencia con Medicamentos (Medication Assistance Program, MAP)

Tri-Area Community Health

180 Ferrum Mountain Road

24088, Ferrum, Virginia

Línea directa: (540) 346-6134

Para ubicaciones en: Ferrum y Floyd

- ✓ Solicitud de paciente completa.
- ✓ Lista completa de todos los medicamentos actuales con su concentración y dosis.
- ✓ Comprobante de ingresos de todos los miembros de su hogar. La definición de hogar toma en cuenta a todos los que vivan bajo el mismo techo, independientemente de que sean familia o no. (Si tiene preguntas sobre qué es esto, llámenos y le diremos lo que necesita traer).
- ✓ Si hizo una declaración de impuestos del año anterior, necesitaremos que nos envíe una copia. Si no tiene una declaración de impuestos, necesitaremos saberlo.
- ✓ Copia de todas las tarjetas de seguro (anverso y reverso), incluida una copia de su tarjeta de Medicare.
- ✓ Cualquier información médica que pueda proporcionarnos.
- ✓ Si tiene algún problema para completar esta solicitud o entenderla, no dude en llamarnos para programar una cita.

Si tiene alguna pregunta, le pedimos que llame a la ubicación que corresponda (los números de teléfono que figuran arriba después de las direcciones). Estaremos encantados de ayudarle.

En aproximadamente seis (6) a ocho (8) semanas, su(s) medicamento(s) se enviarán al consultorio de su médico. **Le pedimos que llame a la ubicación correspondiente (Laurel Fork al (276) 398-1206 o Ferrum al 540-346-6134) para informarnos cuando reciba sus medicamentos.** Esta es la única forma en que sabremos cuándo volver a ordenar su medicamento para que no se le termine. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos. ¡Gracias!

Solicitud de ayuda con medicamentos

Información del solicitante		
Nombre:		
Fecha de nacimiento:	SSN:	Teléfono:
Dirección actual:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Condado:	Estado civil:	Casado/a Soltero/a Divorciado/a Separado/a
Empleado/a	Desempleado/a	Discapacitado/a Jubilado/a
Ciudadano/a estadounidense ____ Sí ____ No	Hombre ____ Mujer ____	¿Es alérgico/a a algún medicamento?
Información del médico		
Médico actual:		
Dirección del médico:		Número DEA
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Correo electrónico:	Fax:
Información sobre los ingresos		
Indique los ingresos mensuales de todo el hogar (el hogar comprende a todo aquel que vive bajo el mismo techo, independientemente de que sean familiares o no)		
Ingresos: \$	Fuente:	
Ingresos: \$	Fuente:	
Ingresos: \$	Fuente:	
Ingresos: \$	Fuente:	
Ingresos: \$	Fuente:	
Cantidad de adultos en el hogar:	Cantidad de niños menores de 18 años en el hogar:	
¿Presentó declaración de impuestos el año pasado?	<i>En caso afirmativo, necesitaremos una copia de esa declaración de impuestos como parte de su comprobante de ingresos.</i>	
Información del seguro		
¿Tiene seguro médico?	Nombre de la compañía de seguros:	
¿Tiene un seguro para medicamentos recetados?	Nombre de la compañía de seguros:	
¿Está cubierto por algún tipo de programa de Asistencia al paciente en este momento?	Si es así, indíquelo aquí:	
¿Tiene una tarjeta de la Parte D de Medicare?	Si no la tiene, ¿planea obtenerla?	¿Cumplió con los requisitos para recibir ayuda adicional de la Parte D de Medicare?
Medicamentos (enumere TODOS los medicamentos que esté tomando actualmente)		
Medicamento	Concentración	Dosis
Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender.		
Firma del solicitante:		Fecha:

Complete esta hoja y adjunte toda la información solicitada.

Consentimiento y divulgación del Programa de Asistencia con Medicamentos

Entiendo que estoy solicitando que me ordenen medicamentos mediante el Programa de Asistencia con Medicamentos (Medication Assistance Program, MAP) a través de Tri-Area Community Health.

Entiendo que, si los medicamentos se entregan a Tri-Area Community Health, se dispensan a través de Tri-Area Community Pharmacy y hay una tarifa mínima de dispensación.

Iniciales

Intercambio de información

Autorizo a un representante del Programa de Asistencia con Medicamentos de Tri-Area Community Health a inspeccionar mis registros de medicamentos siempre que sea necesario para obtener la información relevante y necesaria con el fin de ordenar medicamentos a través de The Pharmacy Connection. También autorizo al trabajador social de MAP a discutir mis necesidades médicas con mi médico cuando sea necesario y obtener recetas.

Doy mi permiso para que el trabajador social del Programa de Asistencia con Medicamentos divulgue mi información (médica, de ingresos, etc.) a las compañías farmacéuticas para ayudarme a obtener los medicamentos necesarios. Esta autorización permanece vigente mientras MAP me esté brindando asistencia o hasta que la revoque por escrito.

Nombre _____ (en letra imprenta y entendible)

Firma _____

Fecha _____

Autorización de firma

Autorizo a un representante del Programa de Asistencia con Medicamentos a través de Tri-Area Community Health a firmar formularios en mi nombre cuando ordene medicamentos para mí a través de The Pharmacy Connection. Esta autorización de firma permanece vigente mientras MAP me esté brindando asistencia o hasta que la revoque por escrito.

Nombre _____ (en letra imprenta y entendible)

Firma _____

Fecha _____