



Programa de Asistencia Para Medicamentos

(MAP)

Medical Outreach Coalition

4920 S 30th St Ste 105 Omaha NE, 68107

Phone: (402) 502-5832-Fax: (402) 5025841-Email: Pharmacy@hopepharmacy.us

Lo que el programa MAP hace:

- ★ Junto con su Doctor, nosotros aplicamos a los programas de asistencia para medicamentos que las compañías farmacéuticas manejan. Muchas compañías farmacéuticas ofrecen programas especiales para personas de bajos recursos, sin seguro y que de cualquier otra manera, no pueden adquirir el/los medicamentos.
- ★ Si usted es elegible en dichos programas, casi siempre le proveemos 3 meses de medicamento. Si su doctor le prescribe medicamento para un período mayor, automáticamente, nosotros reordenamos su medicamento para el siguiente período. El cargo que se hace cada vez que se le dispensa dicho medicamento(s) es de \$10, el cual nos ayuda a cubrir el costo de operación del programa.

Requisitos del programa MAP:

- ★ Ser visto por uno de los doctores en una de las Clínicas con las cuales Hope trabaja en conjunto
- ★ No tener cobertura para medicamentos (ejemplo: Seguro Médico o cualquier otro programa que pague por sus medicamentos)
- ★ En general, tener un ingreso no mayor del 200% del Nivel de Pobreza Federal.
- ★ Cumplir con otros requisitos adicionales exigidos por las diferentes compañías farmacéuticas.
- ★ Renovar anualmente su aplicación.

PARA INICIAR SU REGISTRO EN ESTE PROGRAMA USTED NECESITA LO SIGUIENTE:

<input type="checkbox"/> Completar toda la aplicación de MAP, firma y fecha.	**SE LE PUEDE PEDIR PRUEBA DE INGRESOS ADICIONALES SI ASÍ ES EXIGIDO POR UNA DE LAS COMPAÑÍAS FARMACÉUTICAS. **
<input type="checkbox"/> Proveer prueba de ingresos de su hogar. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Talones de cheque mas recientes. / / <input type="checkbox"/> Impuestos mas recientes. <input type="checkbox"/> Carta del empleador <input type="checkbox"/> Copia de compensación de desempleo <input type="checkbox"/> Copia de compensación por discapacidad o del estado <input type="checkbox"/> Copia de compensación de retiro del seguro social. <input type="checkbox"/> Otro 	<p>Usted puede traer su aplicación y prueba de ingresos o enviar su documentación por correo a:</p> <p style="text-align: right;"> MAP Program Hope Medical Outreach Coalition 4920 S 30th St Ste 105 Omaha, NE 68107 </p> <p>Si tiene alguna pregunta puede contactarnos al: (402) 502-5832</p> <p style="text-align: right;"><i>**Por favor, conserve esta página para su archivo</i></p>

NUEVA APLICACIÓN

RENOVACIÓN

Clinica	OWCH	CBCH	RENA	LFS	CCS	PONCA	SONA★BM ONLY
---------	------	------	------	-----	-----	-------	--------------

Programa de Asistencia Para Medicamentos (MAP) Aplicación

 **POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE:**

SECCION 1---INFORMACION DEL PACIENTE

APELLIDO:		PRIMER NOMBRE:		INICIAL SEGUNDO NOMBRE:	
DIRECCIÓN:			CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NUMERO DE TELÉFONO: (CASA) () _____-_____			NUMERO DE TELÉFONO: (MENSAJE) () _____-_____		
E-Mail _____			Quisiera que le mandemos correspondencia a su dirección de e-mail? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

SEXO	RAZA	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	ESTADO CIVIL
Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Hispana <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> AfroAmericano <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/>	____/____/____ Mes Dia Año	____-____-____	Soltero <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>

★ TIENE ALGUNA ALERGI A ALGUN MEDICAMENTO? SI NO SI SI APUNTE _____

SECCION 2—INFORMACION DE ASSEGURANCA

★ TIENE USTED ALGUNA DE LAS COBERTURAS PARA DOCTOR O MEDICAMENTOS INDICADAS ABAJO? (S = SI, N = NO, P = PENDIENTE)

PROGRAMA	BENEFICIOS MEDICOS			BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS		
MEDICARE	S	N	P	S	N	P
MEDICAD	S	N	P	S	N	P
ASSEGURANSA PRIVADA	S	N	P	S	N	P
ASISTENCIA DE VETERANOS	S	N	P	S	N	P
OTRO _____	S	N	P	S	N	P

SECCION 3—INFORMACION DE INGRESOS

INCLUYA EL INGRESO MENSUAL DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR.

SI EL APLICANTE NO TRABAJA POR FAVOR ESCRIBA EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE PROVEE POR USTED.

EMPLEO	COMPENSACIÓN DE DESEMPLEO	COMPENSACIÓN DE DESABILIDAD	RETIRO DE SEGURO SOCIAL	ASISTENCIA PUBLICA
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad Mensual \$ _____ Quien lo recibe? _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad Mensual \$ _____ Quien lo recibe? _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad Mensual \$ _____ Quien lo recibe? _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad Mensual \$ _____ Quien lo recibe? _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad Mensual \$ _____ Quien lo recibe? _____

★ CUANTAS PERSONAS DEPENDEN DE SU INGRESO INCLUYENDOSE A USTED?

ADULTOS: _____	NIÑOS (menores de 18): _____
-----------------------	-------------------------------------

SECCION 4- CONSENTIMIENTO Y REVELACION DEL PACIENTE

Yo certifico que la información que he dado en esta aplicación es correcta y verdadera en lo mejor de mi conocimiento y creencia. Yo entiendo que aunque mi aplicación sea aprobada, los servicios no son garantizados. También entiendo que otros documentos pueden ser exigidos para proveer prueba de ingresos. Firmando esta aplicación, yo autorizo a los representantes de Hope Medical Outreach Coalition (Hope) para preguntar a los proveedores de salud, cualquier información de salud que sea necesaria para completar las aplicaciones de asistencia para medicamentos y para compartir dicha información con las compañías farmacéuticas cuando sea requerido. Yo también autorizo a los representantes de Hope para firmar las aplicaciones en mi ausencia. Yo notificaré a Hope si soy elegible para Medicaid, Medicare, Seguro Médico o beneficios de salud de VA.

Firma del APLICANTE: X _____ **Fecha:** X _____

SOLO PARA EL PERSONAL DE LA FARMACIA HOPE

Total Annual Household Income	Number of persons in household	% Calc	Scale Letter	Approved YES NO	Enrollment Period ___ / ___ / ___ TO ___ / ___ / ___