

# PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MEDICAMENTOS (Medication Assistance Program, MAP)

## Paquete de solicitud

Este paquete de información y formularios le ayudarán a presentar una solicitud para recibir ayuda económica del programa local de asistencia para medicamentos. Es importante que usted llene por completo esta documentación y que entregue los documentos apropiados para su consideración. Si tiene preguntas, puede comunicarse con el representante local a los números que se indican a continuación: Gracias.

## Lista de verificación para presentar una solicitud para recibir asistencia para medicamentos

- Complete la solicitud para el Medication Assistance Program (Programa de Asistencia para Medicamentos, MAP). (Consulte el documento adjunto).
- Proporcione la documentación específica de ingresos. Consulte las página 2 de la solicitud para obtener detalles.
- Si usted tiene Medicare Parte D (Cobertura de medicamentos) Tiene que adjuntar lo siguiente:
  - Una copia del anverso y reverso de la tarjeta de la Parte D de Medicare y la tarjeta de Medicare.

**Por favor adjunte una lista actualizada de medicamentos si consulta con un proveedor que no sea de Carilion.** - Si únicamente consulta con proveedores de Carilion, no es necesario enviar una lista de medicamentos. Nuestro departamento tendrá acceso a su expediente médico de Carilion.

\*\*Si está solicitando un medicamento que actualmente no aparece en su lista de medicamentos, pero que ya ha sido discutido con su médico, por favor indíquelo aquí: \_\_\_\_\_

Devuelva la solicitud para MAP completa a la oficina local del MAP por correo postal, o entréguela en persona (consulte la página uno de la solicitud para verificar las direcciones). También puede devolverla al consultorio de la persona que le recetó, para el procesamiento. No olvide guardar una copia de este paquete para sus registros.

Comuníquese con nosotros en cualquiera de estas oficinas si tiene alguna pregunta.

**CMAP (Roanoke) 540-772-8721 fax:540-7692204**

**NRVMAP (Radford) 540-731-2414 fax. 540-731-2413**

**GMAP (Giles) 540-922-4282 fax.540-921-1824**

**Rockbridge ph.540-463-2056 fax. 540-921-1824**

**Infusion Medication/CMAP 540-772-8722 fax.540-7692007**





# PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MEDICAMENTOS (Medication Assistance Program, MAP)

## Solicitud del paciente: página 2 de 5

|  |                |   |              |
|--|----------------|---|--------------|
| <b>Nombre del paciente:</b>                    |                |   | <b>FDN:</b>  |
|  | <b>Adultos</b> | <b>Niños menores de 18 años de edad</b> | <b>Total</b> |
| <b>Número de personas en su grupo familiar</b> |                |   |              |

Use el cuadro a continuación para enumerar a cada miembro de su grupo familiar. Incluya los ingresos de **TODAS** las fuentes, incluyendo: salarios, Seguro Social, ingreso por discapacidad, jubilación, pensión, beneficios de veteranos, manutención de menores, trabajo por cuenta propia, intereses, dividendos, etc.

| Nombre del miembro del grupo familiar | Edad | Tipo de ingresos | Monto bruto | ¿Con qué frecuencia recibe este ingreso? |
|---------------------------------------|------|------------------|-------------|--|
| <i>Paciente:</i>                      |      |                  |             |  |
|                                       |      |                  |             |  |
|                                       |      |                  |             |  |
|                                       |      |                  |             |  |

### Documentación de los ingresos

**¿Presentó usted una Declaración del impuesto federal sobre la renta para el año anterior? SÍ o NO**

Si la respuesta es SÍ, proporcione una copia de su Declaración del Impuesto Federal de la suya y una de su cónyuge, si está casado o si aparece como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona. Si trabaja por cuenta propia, incluya el Anexo C.

**¿Usted, su cónyuge o alguno de sus dependientes menores de 18 años de edad reciben beneficios del Seguro Social? SÍ o NO (circule uno)**

Si respondió SÍ, proporcione una copia de su Declaración Actual de Verificación de Beneficios. **Tenga en cuenta que no se aceptan copias de su estado de cuenta bancario.** Si necesita obtener una copia de su Declaración Actual de Verificación de Beneficios, puede visitar su oficina local del Seguro Social o llamar al 800-772-1213.

**¿Usted o alguna persona en su hogar recibe algún otro tipo de ingreso que no se indicó anteriormente? SÍ o NO**

Si la respuesta es SÍ, proporcione documentación que no sea un estado de cuenta bancario (por ejemplo, 1099, etc.).

**\*\*Tenga en cuenta que es posible que el MAP no obtenga ningún medicamento en su nombre si no se proporciona la documentación correcta de ingresos. Si tiene alguna pregunta acerca de qué tipo de documentación se requiere, comuníquese con cualquiera de las oficinas del MAP que se indicaron.**

# PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MEDICAMENTOS (Medication Assistance Program, MAP)

Solicitud del paciente: página 3 de 5

---

| <b>SEGURO</b>   |    |    |
|---|----|----|
| Marque la columna apropiada a continuación para indicar si tiene alguno de los siguientes tipos de cobertura: |    |    |
| TIPO  | SI | NO |
| Medicare Parte A  |    |    |
| Medicare Parte B  |    |    |
| Medicare Parte D (Cobertura de Medicamentos)  |    |    |
| Medicaid QMB Extendido (Cobertura de Medicamentos con Receta)   |    |    |
| Medicaid (Responsabilidad Financiera/ Spend Down)   |    |    |
| Asistencia para Veteranos   |    |    |
| Seguro Comercial / Empleador  |    |    |

**Si tiene Medicare, responda a las siguientes preguntas:**

- ¿Ha presentado una solicitud para el Subsidio por bajos ingresos, también conocido como Ayuda adicional, para ayudar con el costo del plan de medicamentos con receta médica de la Parte D de Medicare? **SÍ** o **NO**

**¿Actualmente está utilizando programas de asistencia para medicamentos de fabricantes farmacéuticos? **SÍ** o **NO****

Si respondió **SÍ**, ¿con qué compañías farmacéuticas trabaja? \_\_\_\_\_

Si respondió **SÍ**, ¿que medicinas recibe de ese programa? \_\_\_\_\_

¿Cual es la farmacia que utiliza para comprar sus medicinas? \_\_\_\_\_

## Permiso para firmar en el Programa de asistencia para medicamentos

**Autorizo a los representantes designados del Programa de asistencia para medicamentos de Carilion para que firmen mi nombre en los formularios farmaceuticos necesarios que se pudieran requerir para solicitar mis medicamentos necesarios. El propo sito es agilizar el proceso para hacer pedidos al eliminar el tener que enviar los formularios por correo a los pacientes para obtener las firmas.**

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

# PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MEDICAMENTOS (Medication Assistance Program, MAP)

Solicitud del paciente: página 4 de 5

---

## Directrices del Programa de MAP

Carilion Clinic emplea a un equipo del Programa de asistencia para medicamentos para organizar las solicitudes de los pacientes que necesiten medicamentos y que califiquen para participar en programas para indigentes que ofrecen las compañías farmacéuticas. Al firmar estas directrices, usted acepta cumplir los siguientes términos:

1. Certifico que la información que proporcioné constituye datos correctos y exactos a mi leal saber y entender y que la información se ha dado libremente para que yo pueda ser considerado para calificar para obtener los beneficios del Programa de asistencia para medicamentos (Medication Assistance Programs, MAPS). Comprendo que si he dado información falsa al MAP, se me podría someter a sanciones civiles además de penales.
2. Entiendo que este no es un programa de reembolso. Soy la única persona responsable de cualquier medicamento que haya comprado anteriormente y que pueda necesitar comprar en el futuro.
3. Comprendo que es posible que haya retrasos para recibir mis medicamentos y que si me quedo sin medicamentos antes de recibirlos a través del MAP, soy la única persona responsable de obtener mis medicamentos hasta que estos lleguen. Además, si hubiera algún medicamento que no estuviera disponible a través del programa, comprendo que es mi responsabilidad obtener esos medicamentos sin reembolso por parte del programa. Las oficinas del MAP no pueden garantizar el suministro de medicamentos obtenidos a través de programas de asistencia para medicamentos patrocinados por fabricantes de medicamentos distintos. Comprendo que tengo la opción de comprar los medicamentos en la farmacia minorista de mi elección.
4. Debo notificar al personal del MAP en caso de que mi proveedor médico suspenda alguno de mis medicamentos, cambie una dosis o la cantidad de veces que deba tomar el medicamento cada día. No cumplir con notificar sobre los cambios en el medicamento puede provocar una interrupción de mi medicamento.
5. Será mi responsabilidad reemplazar los medicamentos que estén perdidos o sean robados después de haberlos obtenido del programa.
6. Comprendo que se me debería notificar cuando se entregue mi medicamento al personal del consultorio del médico. Es mi responsabilidad recoger mis medicamentos una vez que se me notifique. No recoger mis medicamentos en el plazo de un mes después de la entrega podría dar lugar a que mis medicamentos ya no estén disponibles.
7. Es mi responsabilidad notificar de manera oportuna al personal del MAP cuando necesite pedir más medicamento a través del programa. Debo notificar al personal del MAP cuando reciba el medicamento, ya sea en una farmacia minorista, el consultorio del médico o en el domicilio. Si no notifico con suficiente tiempo de antelación puede dar lugar a que yo tenga que pagar mis medicamentos en la farmacia minorista de mi elección.
8. Acepto seguir las indicaciones de mi proveedor médico relacionadas con mi atención, incluso cumplir con las citas médicas de rutina, las pruebas de laboratorio apropiadas, los electrocardiogramas (EKG), las radiografías y cualquier otra indicación necesaria para mi atención.
9. Debo notificar inmediatamente al personal del MAP en caso de algún cambio respecto a mi grupo familiar, como un cambio de dirección, número de teléfono, estado del grupo familiar (por ejemplo, matrimonio, divorcio), número de personas en el grupo familiar, cambio de los ingresos, nuevo seguro, etc.
10. Debo completar el proceso anual para inscribirme nuevamente. También debo proporcionar documentación de los ingresos a solicitud.
11. Hay ocasiones en las que se rechaza una solicitud que el MAP envíe a un fabricante de medicamentos, por diversas razones. El aviso de rechazo se puede enviar por correo a mi domicilio. Es mi responsabilidad notificar al personal del MAP sobre cualquier rechazo, para que el programa pueda presentar una apelación y volver a enviar la solicitud en mi nombre.

# PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MEDICAMENTOS (Medication Assistance Program, MAP)

Solicitud del paciente: página 5 de 5

---

## Consentimiento para participar en el Programa de asistencia al paciente & Consentimiento para compartir su información

Autorizo a Carilion Clinic y a cualquier Representante de asistencia para medicamentos de Carilion (“Carilion”) para que solicite productos farmacéuticos gratuitos o de tarifa reducida para usarlos en mi tratamiento, de los programas de asistencia al paciente de las compañías farmacéuticas. Autorizo a Carilion a completar los formularios necesarios, utilizando la información proporcionada por mí, y a firmar mi nombre en todos los formularios requeridos para participar en uno de los programas de Asistencia para Pacientes para los medicamentos que me han sido recetados.

Autorizo a Carilion, a los Programas de Asistencia para Pacientes y a cualquier aseguradora o proveedor de atención médica a divulgar a cualquier Programa de Asistencia para Pacientes registros de información financiera y de seguros, información de identificación personal y registros médicos necesarios para mi inscripción en un Programa de Asistencia para Pacientes. Reconozco que la información divulgada puede incluir información relacionada con alcohol, abuso de drogas, tratamiento psiquiátrico, enfermedades de transmisión sexual, pruebas de VIH, resultados de VIH o información relacionada con SIDA y doy mi consentimiento para divulgar dicha información \_\_\_\_\_ (iniciales). Existe la posibilidad de que la información divulgada pueda ser compartida nuevamente por el receptor y ya no este protegida por la ley.

Otorgo a los Programas de Asistencia para Pacientes, compañías y farmacéuticas y fabricantes el derecho de investigar cualquier reclamación hecha en mi nombre y acepto notificarles cualquier cambio en mi elegibilidad de seguro o situación financiera. Entiendo que la elegibilidad de seguro o situación financiera. Entiendo que la elegibilidad para un Programa de Asistencia para Pacientes esta sujeta a la aprobación de las compañías farmacéticas y a mi cumplimiento continuo con todos los requisitos de elegibilidad.

**He leído, entiendo y acepto todo lo anterior (consentimiento y directrices en la página 4). Este consentimiento terminará cuando ocurra lo primero de lo siguiente: (i) que ya no sea elegible para participar en el Programa de Medicamentos de Carilion; (ii) que elija dejar el Programa de Asistencia de Medicamentos de Carilion; (iii) que revoque este consentimiento por escrito y notifique a Carilion. Se puede utilizar una fotocopia o copia enviada por fax en lugar de la original.**

Firma : \_\_\_\_\_

Nombre en Letra Imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha de la Firma: \_\_\_\_\_

**Uno de los objetivos del Programa MAP es proporcionarle medicamentos mientras se mantiene su confidencialidad. Por favor, indique los nombres de cualquier familiar o persona autorizada con quien los representantes del MAP puedan hablar sobre sus necesidades de medicamentos.**

### Formulario de Permiso de Privacidad/Confidencialidad de HIPA

| Nombre | Relación | Teléfono |
|--------|----------|----------|
| _____  | _____    | _____    |
| _____  | _____    | _____    |