



114 S Independence Ave.
Enid, OK 73701
580-242-7928 Fax 580-234-3554
www.cdsoak.org

RX PARA OKLAHOMA

Este programa es para ayudar a los clientes / pacientes sin cobertura de medicamentos recetados. Estos programas trabajan con Compañías Farmacéuticas, las cuales ofrecen medicamentos de mantenimiento a "pacientes necesitados". El Programa de Asistencia con Recetas fue creado para facilitar que los pacientes no asegurados o sub-asegurados reciban medicamentos gratuitos o casi gratis. Cada programa de asistencia al paciente tiene sus propios criterios de elegibilidad. Además de saber del estado de los beneficios (cobertura o elegible de cualquier medicina) ingresos y tamaño del hogar, los criterios para algunos programas requieren información adicional.

Información necesaria para la aplicación

Proporcione la siguiente información para procesar la solicitud.

- Formulario de solicitud
- Formulario de receta
- Formulario de consentimiento y liberación del paciente
- Formulario de información
- Prueba de ingresos
 - ❖ 3 meses de talones de pago, si se emplea
 - ❖ Declaración de impuestos más reciente
 - ❖ Documentación: Desempleo o Compensación del trabajador
 - ❖ SSR, SSI, SSD, Pensión/Jubilación
 - ❖ Asistencia Pública (TANF)
 - ❖ Ingresos de alquiler
 - ❖ Beneficios de Veterano u otro curso de ingresos
- Cualquier Tarjeta de Seguro, copia de el frente y de el reverso, para incluir seguro médico y/o cobertura de recetas, Medicaid o Medicare.
- Carta de denegación que certifique la inelegibilidad de Medicare/Medicaid, seguro médico estatal, veterano o cualquier otra cobertura de seguro de salud.

***Nota: Por favor envíe la información resaltada o marcada a nuestra oficina.*

Si no tiene ingresos, por favor escriba una declaración que explique su situación actual.

Gracias Rx para el personal de Oklahoma

Estimado cliente:

Ciertas compañías farmacéuticas ofrecen programas de asistencia al paciente a pacientes sin cobertura de seguro de prescripción y/o no pueden pagar sus medicamentos y califican bajo pautas específicas. Nuestro programa se encargará de la mayoría de los trámites para usted. Es posible que deba completar una solicitud o responder algunas preguntas por parte de la compañía farmacéutica o de nuestro programa.

Si bien hacemos todo lo posible para localizar la asistencia, le pedimos que haga su parte en proporcionarnos la documentación necesaria para completar la solicitud de una manera rápida y eficiente.

Haremos todo lo posible para asegurar medicamentos gratuitos o con descuento en su nombre, sin embargo, cada compañía farmacéutica tiene sus propias políticas y pautas financieras que debemos cumplir. A continuación se detallan algunas de las cosas que esperamos de usted para ayudar con el proceso:

- Proporcione una prueba de ingresos. Esto puede ser una copia de la declaración de impuestos del año pasado, una copia de su estado de beneficios del Seguro Social, copias de sus últimos cuatro talones de pago o documentación que la compañía farmacéutica estipula.
- Si no es aceptado en un programa de asistencia, una carta de denegación le notificará. Si se aprueba, el medicamento se enviará directamente a su casa o al consultorio de su médico y tendrá que firmar para ello. La mayoría de los medicamentos son para 90 días o menos.
- Notifique a nuestra oficina cuando tenga un suministro de medicamentos de 30 días. Esto asegurará que usted reciba su recarga de manera oportuna. La compañía farmacéutica puede tardar hasta cuatro semanas en emitir una recarga. Si no notifica a nuestra oficina dentro de este plazo, es posible que se quede sin medicamentos.
- Notifique a nuestra oficina si su situación financiera o de seguro cambia.
- Los programas de asistencia **no** ofrecen medicamentos que pueden ser obtenidos sin receta.

Le pedimos que lea este documento cuidadosamente y firme si entiende y acepta cumplir con estos requisitos.

Firma del cliente

Fecha

Rx para Oklahoma

Autorización del Paciente y Formato

Intercambio de información

Doy permiso a representantes autorizados de Rx para Oklahoma para inspeccionar mis registros de medicamentos siempre que sea necesario para obtener la información pertinente necesaria para solicitar medicamentos en mi nombre de empresas que fabrican o proporcionan medicamentos a través de programas de asistencia al paciente. También autorizo a las compañías farmacéuticas participantes a discutir mis necesidades médicas con mi médico /prescriptor cuando sea necesario. Esta autorización es válida siempre que el programa mencionado anteriormente esté operativo o hasta que yo lo revoque.

Acepto que una copia de este formulario puede ser aceptada como un consentimiento válido para compartir información.

Si no firmo este formulario, la información no se compartirá y tendré que ponerme en contacto con cada agencia, empresa u organización individualmente para darles la información que puedan necesitar.

Fecha de nacimiento: _____ Número del Seguro Social _____

Dirección: _____

Nombre del cliente en imprenta: _____

Firma: _____ Date: _____

Autorización de Firma del Paciente

Autorizo a los representantes de Rx para Oklahoma firmen formularios en mi nombre con el propósito de solicitar medicamentos de empresas que fabrican o proporcionan medicamentos a través de programas de asistencia al paciente. Esta firma es válida siempre y cuando el programa RX para Oklahoma siga operando o hasta que yo lo revoque.

Nombre del cliente en imprenta: _____

—
Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Publicación del Formulario de Información Confidencial

El **Servicio de Asistencia con Recetas, Rx para Oklahoma**, está diseñado para abordar las necesidades de medicamentos de las personas en nuestra comunidad. Este programa participa con fabricantes farmacéuticos para ofrecer asistencia y proporcionar medicamentos a personas de bajos ingresos o no aseguradas. Estos fabricantes de medicamentos a menudo requieren información demográfica, terapéutica y financiera personal como parte del proceso de solicitud. Para su comodidad, estamos solicitando su permiso para acceder y proporcionar a los fabricantes la información médica y financiera solicitada, según sea necesario.

Al firmar esta declaración, usted autoriza al Servicio de Asistencia a Recetas, *Rx para Oklahoma*, a completar todos y cada uno de los formularios y solicitudes en su nombre, y a acceder y divulgar cualquier información demográfica, terapéutica y/o financiera personal relacionada con las solicitudes de programas de asistencia al fabricante de medicamentos. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento poniéndose en contacto con **CDSA**, el Servicio de Asistencia con Recetas, *Rx para Oklahoma*, al 580-242-7928. La firma individual de este documento se reserva el derecho de apelar cualquier decisión tomada con respecto a la asistencia proporcionada por Rx para Oklahoma y los socios participantes. El derecho de apelación no garantiza el derecho a modificar las políticas y procedimientos individuales de las compañías farmacéuticas.

Fecha de firma del cliente

Fecha

Este programa se proporciona a través de un esfuerzo conjunto de la Asociación de Apoyo al Desarrollo Comunitario (CDSA), el Departamento de Comercio de Oklahoma y el Estado de Oklahoma con especial agradecimiento al Consejo de Conexión de Farmacia de Oklahoma.

Región 1 - Rx para Oklahoma

Localizado: CDSA

114 S Independence Ave, Enid, OK 73701

Teléfono: 580-242-7928 Fax: 580-234-3554 Número gratuito: 1-877-794-6552

****DEBE TENER COPIA DE TARJETAS DE SEGURO Y VERIFICACION FINANCIERA PARA PROCESAR**** Fecha: _____ **¿Te hemos ayudado antes? Sí No**

Información del cliente:

Nombre: _____
(Primero) (MI) (último)

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** Oklahoma **Zip:** _____ **Condado:** _____

Teléfono: () _____ **SSN:** ____ - ____ - ____ **Fecha de nacimiento:** _____

<u>Género:</u>	<u>Embarazada:</u>	<u>Indica tu estado</u>
Masculino	Sí	Soltero, Casado, viuda, casado y negro,
Femenino	No	Divorciado separado, Niño, Niño, No, Niño,

Etnia: - Hispano o Latino - No Hispano o No Latino

Raza: - Indio Nativo -Americano - Asiático - Caucásico/Blanco - Afroamericano/Negro

• Bi-Racial/Multi - Racial - Isleño del Pacífico Hawaiano- Otro _____

Idioma primario: Inglés - Español - Otro _____

Hogar: - Cabeza - Esposa- Hijo dependiente del cónyuge -

Número en el hogar: Adultos ____ Niños ____

Vivienda: - Propio - Alquiler - Estancia con la familia / amigos

Estado del trabajo: • Empleado a tiempo completo - Empleado a tiempo parcial -Retirado

• Desempleados < 6 meses. Corto plazo) - Desempleados > 6 meses (Largo Plazo)

• Desempleado (no buscando trabajo) - Trabajador agrícola estacional migrante

Estado de la Ciudadanía:

Servido en las Fuerzas Armadas: - No, Sí, Activo - Sí, Veterano

Deshabilitado: - Sí, No, Otro: _____

Cupones de Alimentos: - Sí \$_____ - No **WIC:**

Jóvenes desconectados: No, en la escuela//No trabaja, no en la escuela/ Trabajando

- No en la escuela / No trabaja

Comprobar el grado más alto completado: 0-8° grado - 9-12° grado

- Graduado de la Escuela Secundaria - GED - 12+ alguna escuela secundaria
- Graduado universitario de 2 años, graduado universitario de 4 años, niño (menores de 18 años)

Estoy experimentando los siguientes factores de estrés(marque todas las que correspondan):

- Transporte - Vivienda (sin hogar, tarde en alquiler, problemas de seguridad)
- Falta de apoyos sociales (pocos familiares o amigos) - Problemas de relación
- En recuperación del consumo de alcohol/drogas - Empleo - Empleo
- Salud Física - Salud Mental (actual o pasado) – Otros _____

Seguro de Salud:

- Seguro médico estatal para adultos - Seguro de Salud Infantil Estatal

Basado en el empleo, compra directa, ninguno/no

¿Tiene seguro de recetas? • SÍ, NO

POR FAVOR COPIA Y Adjunte todas las tarjetas de seguro, delante y reverso. Incluyendo Medicare y Medicaid.

: Beneficios No Monetarios: No - Subsidio de la ley de Atención Asequible - Doc. De la Guardería

- Bono de elección de vivienda - HUD-VASH - LIHEA
- Vivienda de Apoyo Permanente – Otros: _____

POR FAVOR Ingrese sus ingresos mensuales del hogar de todas las fuentes. declaración de impuestos, estado de cuenta de beneficios de las SS, extracto bancario, talones de cheques para todo el mes

Empleo: \$_____ Desempleo: \$_____ Compensación de trabajadores: \$_____

Retiro de SS: \$_____ SS Discapacidad: \$_____ Beneficios del Veterano \$_____

Jubilación/Pensión: \$_____ TANF \$_____ pensión/Manutención de Niños: \$_____ Otros: \$_____ Dividendos de Interés \$_____ **TOTAL INGRESO MENSUAL \$_____**

(No incluya los ingresos de otros miembros del hogar que figuran en forma adicional.)

• **Sin ingresos**

Si actualmente NO tiene ningún ingreso, proporcione un estado de cuenta explicando su situación en el formulario DE DECLARACION DE NO INGRESOS proporcionado.

¿Presentó una declaración de impuestos **el año pasado?** Si– No ¿Presentará una declaración de impuestos **este año?**

Información del médico primario:

Nombre del médico: _____ Teléfono: () _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Alergias a medicamentos: _____

Nombre de la medicina: _____ Condición tratada: _____

Dosis: _____ # Tomado: _____ Frecuencia: _____ Precio que usted paga: _____

Médico Primario: Sí/No - Si es **no** por favor proporcione: Nombre del Médico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre de la medicina: _____ Condición tratada: _____

Dosis: _____ # Tomado: _____ Frecuencia: _____ Precio que usted paga: _____

Médico Primario: Sí/No- Si es **no** por favor proporcione: Nombre del Médico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre de la medicina: _____ Condición tratada: _____

Dosis: _____ # Tomado: _____ Frecuencia: _____ Precio que usted paga: _____

Médico Primario: Sí/No - Si es **no** por favor proporcione: Nombre del Médico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre de la medicina: _____ Condición tratada: _____

Dosis: _____ # Tomado: _____ Frecuencia: _____ Precio que usted paga: _____

Médico Primario: Sí/No- Si es **no** por favor proporcione: Nombre del Médico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre de la medicina: _____ Condición tratada: _____

Dosis: _____ #Tomado: _____ Frecuencia: _____ Precio que usted paga: _____

Médico Primario: Sí/No- Si **no** por favor proporcione: Nombre del Médico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre de la medicina: _____ Condición tratada: _____

Dosis: _____ #Tomado: _____ Frecuencia: _____ Precio que usted paga: _____

Médico Primario: Sí/No- Si es **no** por favor proporcione: Nombre del Médico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre de la medicina: _____ Condición tratada: _____

Dosis: _____ # Tomado: _____ Frecuencia: _____ Precio que usted paga: _____

Médico Primario: Sí/No- Si es **no** por favor proporcione: Nombre del Médico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre de la medicina: _____ Condición tratada: _____

Dosis: _____ # Tomado: _____ Frecuencia: _____ Precio que usted paga: _____

Médico Primario: Sí/No- Si es **no** por favor proporcione: Nombre del Médico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre de la medicina: _____ Condición tratada: _____

Dosis: _____ # Tomado: _____ Frecuencia: _____ Precio que usted paga: _____

Médico Primario: Sí/No- Si es **no** por favor proporcione: Nombre del Médico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre de la medicina: _____ Condición tratada: _____

Dosis: _____ # Tomado: _____ Frecuencia: _____ Price usted paga: _____

Médico Primario: Sí/No- Si es **no** por favor proporcione: Nombre del Médico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nuevo Cuestionario del Cliente: Fecha: _____

1. ¿Cómo se enteró del programa Rx para Oklahoma?

- a. Agencia de Acción Comunitaria
- b. Clínica comunitaria
- c. DHS
- d. Consultorio del Doctor
- e. Familia/Amigo
- f. Volante/Folleto
- g. Hospital
- h. Presentación
- i. Servicios Sociales
- j. TV/Radio
- k. Cartel
- l. Búsqueda en el sitio web/Internet
- m. Palabra de boca
- n. Periódico
- o. Otros: _____

2. Aproximadamente, ¿cuánto gasta mensualmente en sus medicamentos?

- ___ \$0-\$50 ___ \$51-\$100 ___ \$101-\$200 ___ \$201-\$300
- ___ \$301-\$400 ___ \$401-\$500 ___ sobre \$500

3. ¿Cómo ha estado recibiendo sus medicamentos?

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| ___ Familia/Amigo | ___ Muestras del médico |
| ___ DHS/SOONER CARE | ___ Clínica Gratuita |
| ___ Fabricante | ___ No es capaz de obtener |
| ___ Pagar en efectivo | ___ Otro |
| ___ Programa de \$4 en Wal-Mart | |

4. Edad: ___ 0-20 ___ 21-40 ___ 41-64 ___ 65-80 ___ 81+

5. Género: ___ Masculino ___ Femenino

RX PARA OKLAHOMA

Documentación requerida

Documentación necesaria para finalizar la solicitud. Cualquier cosa aquí relacionada con su situación, por favor proporcionar los documentos, tan pronto sea posible para que no haya demora en obtener los medicamentos

- Solicitud completada: tarjeta de seguro (copia)

- Licencia de conducir (Copia) Tarjeta verde/Información de residencia

- Información salarial (3 meses) Carta de jubilación de SS

- Retiro Carta de Aceptación Cupones de Alimentos

- Carta de desempleo Carta de Incapacidad SS

- Pensión/Manutención de Niños Compensación de Trabajadores

- Otra discapacidad Información de Declaración de Impuestos

- Información del Médico Primario - Lista Medicamentos

- Consentimiento del paciente Asistencia Pública

- Monto de Alquiler/Hipoteca Información para Veteranos

- Cualquier otra información de ingresos de miembros del hogar
(Si usted está viviendo con otra persona se requiere su información de ingresos.)

- Carta de denegación para cualquier tipo de cobertura de salud solicitada

Other _____

Rx para Oklahoma
Asociación de Apoyo al Desarrollo Comunitario
114 S Independence Ave
Enid, OK 73701
(580) 242-7928
Número gratuito: 1-877 RX4-OKLA (794-6552)

Autodeclaración de ingresos

Yo, _____

Declaro que he estado trabajando y recibiendo pagos en efectivo por la cantidad de \$ _____.
No tengo talones de cheques u otra prueba de ingresos.

Declaro que no tengo ningún ingreso en este momento.

Si no tiene ingresos, por favor explique su circunstancia.

Fecha de firma

Como defensor del programa Rx para Oklahoma,
verifico que este cliente no tiene ingresos verificables en este momento.

Fecha de firma
