

Boehringer Ingelheim Cares Foundation Inc.
Formulario de Solicitud y Receta del Programa de Ayuda a los Pacientes

Instrucciones:

Paciente – Complete la Sección 1 y devuelva el formulario a su médico. (Cerciórese de incluir los formularios requeridos del IRS y/o de visa, si corresponde).

Médico – Complete la Sección 2 y envíe el formulario a: **Boehringer Ingelheim Cares Foundation, Inc.**
 c/o Express Scripts Specialty Distribution Services, Inc.
 P.O. Box 66555
 St. Louis, MO 63166-6555
 800-556-8317

Sección 1 - Información del paciente

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	Hombre _____ Mujer _____
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
N° de Seguro Social:		N° de teléfono con código de área:	
¿Ciudadano de EE.UU.? Sí _____ No _____ Si la respuesta es no, anexe una copia de su visa	Número de miembros del hogar (incluido el solicitante)	¿Es usted un Veterano de las Fuerzas Armadas de EE.UU.? Sí _____ No _____	
¿Envío una Declaración de Impuestos sobre la Renta Estatal o Federal de EE.UU. el año pasado? Sí _____ No _____ Si la respuesta es no, ¿por qué no?			
Situación de seguro de fármacos de receta: ¿Tiene cobertura de seguro de fármacos de receta (p. ej., seguro privado/HMO, Medicaid, Beneficios de Veteranos, Ayuda Estatal u otra)?			Sí _____ No _____
¿Tiene actualmente una Tarjeta de Descuento de Fármacos de Receta Aprobada por Medicare? Sí _____ No _____	Si la respuesta es sí, ¿recibe el crédito de fármacos de receta de \$600/año? Sí _____ No _____		
¿Ha usado el crédito completo este año? Sí _____ No _____			

Ingresos anuales totales del hogar: \$ _____
 Nota: Usted debe anexar una copia de su Declaración de Impuestos sobre la Renta de EE.UU. más reciente, es decir, el Formulario 1040, 1040A, 1040EZ, 1040NR o 1040PR del IRS, y una copia de una visa válida si no es ciudadano de EE.UU.

Certifico que esta información es completa y exacta a mi mejor saber y entender, y que no tengo los recursos para costear el medicamento solicitado. Entiendo que podrá solicitarse información adicional para procesar esta postulación, pero que toda la información médica y financiera se mantendrá confidencial, excepto según se exija de otra manera por ley. Entiendo que el(los) Producto(s) que se me facilita(n) bajo este programa podrá(n) ser negado(s) si no coopero plenamente con los esfuerzos para verificar la información provista en esta Solicitud, o si no tomo medidas para obtener medios alternativos de cobertura de fármacos de receta a mi disposición, después de tener conocimiento de dichas alternativas. Certifico que no trataré de obtener el reembolso de ningún medicamento despachado como parte de este programa.

Por este medio autorizo al programa a obtener y divulgar información de médicos, compañías de seguro y otra información que sea necesaria para verificar la información provista en esta solicitud. **Boehringer Ingelheim Cares Foundation, Inc.** no es responsable de verificar ninguna parte de la información contenida en la Sección 2 que sigue, incluidas afecciones médicas, alergias u otros medicamentos que esté tomando.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Sección 2 - Información del médico y receta

Nombre del médico:	Especialidad:	Teléfono: () () ()	
Dirección: (no se aceptan Apartados Postales)	Ciudad:	Estado:	Código postal:
**N° de licencia estatal:		Fecha de venc.:	
**N° DEA:		Fecha de venc.:	
** Es obligatorio llenar uno de estos dos campos			

Receta

Nombre del fármaco y potencia:	Instrucciones:
Cantidad (no podrá exceder el suministro de 3 meses):	
Nombre del fármaco y potencia:	Instrucciones:
Cantidad (no podrá exceder el suministro de 3 meses):	

Certificación del médico/prescriptor: A mi mejor saber y entender, este paciente no tiene seguro médico (incluido Medicaid u otros programas públicos) para esta receta. Confirmando que la información provista es completa y exacta a mi mejor saber y entender. Entiendo que el medicamento arriba recetado será enviado a mi consultorio para entregárselo al paciente, y certifico que el medicamento solicitado arriba sólo será usado para el tratamiento de este paciente y no trataré de obtener reembolso por este medicamento de ningún tercero.

Firma del médico: _____ Fecha: _____