



THE MEDICINE CABINET

Programa de Asistencia de Medicamentos

THE MEDICINE CABINET y su doctor trabajan juntos para proporcionar asistencia con más de 4,300 medicamentos recetados. Con nuestro programa, usted va a recibir una continuación de **tres meses** de medicamento por el periodo de su membresía. El medicamento va a hacer recibido en su casa o en la oficina del el doctor. Si usted no tiene doctor, por favor contacte nuestra oficina para darle una lista de los doctores primarios que participan con nuestro programa.

Lista de verificación para someter aplicación:

- Asegure que todas las secciones de la aplicación están completas. Cualquier información que no llene, demorara el proceso de la inscripción.
- Prueba de Ingreso / Documentos Financieros:
 - Formas de taxes
 - 1040, W2, 1099, o Schedule C
 - Talones de cheques (de ultimo **mes**)
 - Seguro social/ declaración de deshabilitad
 - Declaración de beneficios de desempleo

Total numero de gente en la casa	1	2	3	4	5
Ingreso Anual	\$21, 660	\$29,140	\$36,620	\$44,100	\$51,580

- Conecte una copia de su identificación y su seguro social. Si usted no tiene numero se seguro social, por favor conecte una prueba alternativa de identificación.
- Firme todos los documentos donde está indicado
- Money order o cheque escrito a The Medicine Cabinet en la cantidad de \$50 para la inscripción.

MANDE POR CORREO La aplicación completa, documentos, y pago:

**The Medicine Cabinet
1805 S. Eastern Ave.
Las Vegas, NV 89104**

Teléfono: (702) 444-6082

Tras el recibo de la aplicación, documentación y pago, documentos aprobados serán mandados a su doctor para empezar el proceso de inscripción. Si es elegible para asistencia, un suministro de medicamentos será enviado a la oficina de su doctor. Es la responsabilidad de su doctor de avisarle que su medicamento llego.

Para información adicional, por favor contáctenos al (702) 444-6082 Lunes.-Jueves 9am-5pm



The Medicine Cabinet, Inc APLICACIÓN

The Medicine Cabinet • 1805 S Eastern Ave. • Las Vegas, NV 89104
Teléfono (702) 444-6082 Fax (702) 650-2184

*Todas las preguntas **tienen que** estar contestadas; la falta de información se demora el proceso de inscripción.

Información de el Miembro

Nombre: _____ Sexo: M F
Primer Nombre *Segundo Nombre* *Apellido*

Teléfono de Casa: () - _____ Celular: () - _____ Mejor numero para llamar?
 Circule Uno: Casa o Celular

Dirección: _____
Calle *# de Apt./Unidad*

_____ *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

Fecha De Nacimiento: ____/____/____ NSS # ____-____-____ VISA/GREEN CARD #: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Es usted Ciudadano de los Estados Unidos? Si ___ No ___ Es usted Residente de los Estados Unidos? Si ___ No ___

Es usted veterano del Militar/Ejercito? Si ___ No ___ Usted tiene 65 anos o mas? Si ___ No ___

Usted tiene seguro privado? Si ___ No ___ Si sí tiene, le cubren los medicamentos? Si ___ No ___

Es usted elegible para Medicare Parte D? Si ___ No ___ Si si, se ha inscrito o aplicado para Parte D? Si ___ No ___

Esta usted legalmente incapacitado? Si ___ No ___ Si si, ha estado incapacitado por mas de dos anos? Si ___ No ___

Alguna vez se ha inscrito en un programa de ayuda al paciente para sus medicamentos? Si ___ No ___

Cuales son las condiciones por su tratamiento? _____

Información de Domicilio

Ingreso mensual de HOGAR: \$ _____ **Prueba de ingreso es un Requisito**
 (Talones de cheque, declaración de deshabilité, etc.)

Source of income: Empleo ___ Desempleo ___ Beneficios de Seguro Social ___ Otro ___

Usted hizo declaración de impuestos? Si No

**Si los declaro, necesitamos una copia de los impuestos (1040, 1040EZ, 1099, o 4506T)

Cuantas personas hay en su domicilio: Circule uno: 1 2 3 4 5 6 7+

Información de Doctor

Nombre de Doctor: _____
Primer Nombre *Apellido*

Dirección: _____
Calle *Suite #*

_____ *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

Numero de Teléfono: () _____ Fax: () _____

***Si tiene mas de uno solo doctor que le recete medicaciones por favor escriba los datos al lado inverso de este papel.

Yo certifico que yo conteste estas respuestas con la verdad y son correctas, a lo mejor de mi conocimiento. También entiendo que la información dada a THE MEDICINE CABINET no garantiza mi calificación ha el programa de asistencia con los medicamentos.

Firma _____ Fecha _____

Medication List

Medicación

Dosis (MG)

Instrucciones (con qué frecuencia?)

Doctor que dio receta

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

LISTE POR FAVOR DE LAS ALERGIAS:

Ningunas Alergias Conocidas

1.

2.

3.

ACUERDO DE LA CUOTA DE MEMBRESÍA

Limitación de Responsabilidad:

- I.** Es nuestro propósito ofrecerle el mejor servicio en nuestro empeño a ayudar a nuestros miembros con medicaciones a un precio bajo ó gratis como sea pedido por su medico. La información facilitada por "THE MEDICINE CABINET" no es para suplir la relación que existe entre el miembro y su medico, o para dar prescripciones, o hacer sugerencias medicas. No somos médicos ni farmacéuticos y no actuamos en esa manera. Este tipo de consejos devén de ser dados por el medico.
- II.** Nuestros servicios incluyen proveer las formas y documentos necesarios y requeridos por los varios fabricantes farmacéuticos como a sido escrito en sus programas de asistencia médica individuales. Esto incluye formas de solicitud (la sección de prescripciones debe ser completada por el medico), comprobante de ingresos como sea especificado por la compañía farmacéutica, y cualquier información juzgada como necesaria por la compañía farmacéutica para determinar si se puede dar asistencia.
- III.** Aprobación a cualquier programa de "asistencia" será determinada por la compañía farmacéutica y/o el fabricante de las drogas no por "THE MEDICINE CABINET". Con la discreción de la compañía cualquier programa de asistencia se puede descontinuar a cualquier tiempo sin aviso previo.
- IV.** The Medicine Cabinet no es responsable de cualquier retraso en el envío de medicamento(s) o el desplazamiento de medicamento(s). Es su (el miembro) responsabilidad de avisarle a su medico que la medicina(s) serán enviadas a la oficina y que el medico las reciba por parte de usted. Cada medicamento tiene su propio programa de asistencia y proceso de la aplicación de que son suministrados. No todos los medicamentos serán enviados o recibidos al mismo tiempo

Como miembro usted accede a lo próximo:

- Pagar la membresía anual de \$25.00 y el cobro administrativo por mes de \$25.00. Si la formula de la marca de su medicación esta indisponible por el programa de asistencia --con la discreción de su medico/doctor-- usted tiene la opción de escoger una marca genérica de esa medicación particular, usted será responsable por los cobros administrativos de esa compañía. Su membresía cubrirá el proceso de cualquier aplicación para la solicitud de asistencia para los medicamentos de marca.
- **Facilidades de Pagos:**
 - Usted será mandado un recibo y será responsable por la minima cantidad de \$25.00 cada mes por un año entero por la cantidad total de The Medicine Cabinet y los cobros de las compañías farmacéuticas.
 - Si usted decide que ya no ve a necesitar de nuestros servicios, usted será responsable por el pago de los cobros administrativos por el resto de la membresía. Falta de pago resultara en la discontinuación de sus medicamentos. La membresía, sin embargo, continuara por el resto del tiempo de la membresía y usted será responsable por todos los pagos.
 - En el evento de retraso en la envío de su medicamento(s) o entrega de su medicamento(s), usted todavía será responsable por mensualidad de \$25 por nuestros servicios.
 - **Delincuencia:** Después de varios (3) meses de delincuencia o falta de pago, The Medicine Cabinet tiene el derecho de quitar al miembro asociado con la cuenta de delincuencia; resultando en la suspensión de nuestro servicio que puede resultar en la interrupción del envío de su medicamento(s). Después de que este fuera del programa todos los documentos serán destruidos adecuadamente. Si usted decide volver a inscribirse en este programa, usted estará obligado a pagar el saldo vencido antes de re-inscripción es considerado. Re-inscripción requerirá la firma de nuevo contracta anual y una actualización de todos los documentos necesarios (prueba de ingreso, etc.)
 - **Cancelación:** Si usted adquiere cobertura para sus medicamentos mientras que su membresía todavía existe, necesitaremos pruebas de la cobertura antes de que decida desactivar su membresía con nosotros. Las únicas formas de pruebas que serán aceptadas serán solamente una carta de cobertura de medicamentos o una carta oficial de la compañía de seguros explicando que los costos de sus prescripciones serán cubiertas por otro programa. En este caso, este contrato será anulado.
- Este contrato es valido solo por un año calendario y es efectivo desde el día de su inscripción.
- Cuando su membresía se expire usted será responsable por la renovación de su membresía. La Renovación requiere un nuevo contrato de cuota y pago anual nuevo.
- **Todas las transacciones son finales--no habrán devoluciones.**
- Los términos dentro este contrato son susceptibles a cambio sin el aviso anterior.
- The Medicine Cabinet tiene el DERECHO de rechazar el servicio a cualquier persona.
- **Responsabilidades de el Miembro**
 - Todas las aplicaciones deben ser llevadas a la oficina de su doctor lo más rápido posible.
 - El doctor debe llenar y firmar todas las partes que estén marcadas con marca textos y debe adjuntar una página separada por cada prescripción. Si usted deja las aplicaciones en la oficina de su doctor usted es responsable por ellas y debe de entregámosla lo más pronto posible. (El más tiempo que pase sin que nos entregue las aplicaciones mas tiempo pasa usted sin sus medicamentos.)
 - Debe proveer a The Medicine Cabinet con todas y cualquier documentación financiera.
 - Notifica a The Medicine Cabinet de cualquier correspondencia que le manden las compañía farmacéuticas.
 - Notifica a The Medicine Cabinet de cualquier cambio en el domicilio.
 - Notifica a The Medicine Cabinet de cualquier cambio en la medicación(s)

YO, _____, ENTIENDO Y ACEPTO EL ACUERDO DE LA CUOTA DE MEMBRESÍA.

NOMBRE O FIRMA DE GUARDIÁN

FECHA

OFFICE USE ONLY

Enrollment Date

By

Member #

THE MEDICINE CABINET
PROGRAMA DE ASISTENCIA DE MEDICINA

Autorización para dar información

A Quien Corresponda:

1. He solicitado asistencia de medicamentos recetados de parte de “The Medicine Cabinet”. Como parte del proceso de solicitud, “The Medicine Cabinet” y la fabricante farmacéutica podrá verificar la información en mi aplicación y otros documentos requeridos en relación con la asistencia, ya sea antes de que programa de control de calidad.

2. Yo autorizo a usted para proporcionar a “The Medicine Cabinet” y cualquier fabricante de productos farmacéuticos que “The Medicine Cabinet” designa a toda la información y la documentación que soliciten. Tal información incluye, pero no es limitada a; la historia de empleo, información de ingresos de jubilación incluyendo la información (es decir, pensiones, prestaciones de la seguridad social, etc.), la historia bancaria, mercado de dinero similar y los saldos de las cuentas, y de las copias de declaraciones de impuestos.

3. “The Medicine Cabinet” y/o el fabricante farmacéutico puede dirigir esta autorización a cualquier partido denominado en el programa de ayuda de prescripción.

Poder Notarial Temporario

1. Yo _____ doy permiso a “The Medicine Cabinet” y el/los representante(s) para solicitar medicina programas de ayuda en mi beneficio. “The Medicine Cabinet” tendrá Poder de Abogado limitado a firmar cualquier documentación necesaria, las aplicaciones y la documentación relativa a los programas de asistencia.

2. Yo entiendo que puedo revocar mi autorización en cualquier momento proveyendo de una petición escrita de la terminación de servicios de “The Medicine Cabinet”

3. Una copia de esta autorización puede ser aceptada como un original.

Nombre de Miembro

Número de Seguro Social

Firma de Miembro

Fecha

Nombre de Representante Personal

Relación con el Miembro