



ARCH FOUNDATION

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE PARA MIRENA®

ARCH Foundation, P.O. Box 220908, Charlotte, NC 28222-0908

Teléfono: (877) 393-9071

Fax: (877) 229-1421

Por favor complete cada sesión a lo máximo posible. Si algo no aplica, por favor de notar "N/A" en la línea.

Por favor de devolver esta aplicación completa a la dirección de arriba o al número de fax.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre del Proveedor: _____ MD / NP / Otro

Nombre de la Facilidad: _____

NPI de la Facilidad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: (____) _____

Número de Fax: (____) _____

Persona de Contacto: _____

Número de Licencia del Estado: _____

Email : _____

Por favor de indicar la dirección de embarque si es diferente a la de arriba:

Nombre de la Facilidad: _____

NPI de la Facilidad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: (____) _____

Número de Fax: (____) _____

Persona de Contacto: _____

Por favor de indicar el tipo de clínica que es (marca todas las que aplican):

- Título X
- Paternidad Planificada
- Clínica de Planificación Familiar
- Clínica de Salud Pública (Estado, Ciudad, Condado)
- Práctica Privada de Grupo
- Práctica Privada Individual
- Hospital

DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR

He verificado que la información dada en esta aplicación es precisa y cierta. Para mi conocimiento, he verificado que este paciente no tiene Medicaid u otra forma de cubierta u otro medio de acceso a MIRENA®. Entiendo que el paciente debe de calificar financieramente y satisfacer los criterios de elegibilidad del programa. También entiendo que el ARCH Foundation reserva el derecho en cualquier momento y sin notificación, de modificar o descontinuar este programa y sus criterios de elegibilidad, o terminar asistencia.

También comprendo que el producto que recibo no es una muestra.

Mi firma abajo confirma que el producto MIRENA® se le proveerá gratis al paciente como algo médicamente apropiado para el propósito de planificación familiar. Para mi conocimiento, he verificado que este paciente no tiene cubierta en el seguro para el producto MIRENA®.

Firma del Proveedor

Fecha

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Día: (____) _____

Teléfono de la Noche: (____) _____

CUBIERTA Y SEGURO

¿Tiene usted Medicaid?

CIERTO FALSO

¿Tiene usted otra cubierta de seguros privados o públicos?

CIERTO FALSO

Si contestó cierto, por favor explique porque usted no tiene acceso a MIRENA® a través de su seguro y que pasos ha tomado para obtener cubierta:

INFORMACIÓN FINANCIAL

Ingreso anual del hogar: \$ _____

Número de dependientes del ingreso indicado arriba (incluyendo a usted) _____

DECLARACIÓN DEL APLICANTE

He verificado que la información dada en esta aplicación es precisa y cierta. He verificado que este paciente no tiene Medicaid u otra forma de cubierta u otro medio de acceso a MIRENA®. Entiendo que la asistencia depende de mi habilidad en satisfacer los criterios establecidos del programa. También entiendo que el ARCH Foundation reserva el derecho en cualquier momento y sin notificación, de modificar o descontinuar este programa y sus criterios de elegibilidad, o terminar asistencia. Autorizó a mi proveedor y a mi compañía de seguro proveer al ARCH Foundation y sus representantes información sobre mi que sea necesaria para asegurarse que la aplicación es precisa y cierta. Entiendo que cualquier información personal dada en esta forma no va a ser usada para ningún otro propósito que no sea para el ARCH Foundation a menos que:

- Yo dé un consentimiento escrito, o
- es requisito o permitido por la ley, o
- el ARCH Foundation remueva mi nombre y cualquier otra información identificada

Firma del Paciente

Fecha