



Paciente: Complete la Sección 2 y devuelva el formulario a su médico. (Cerciórese de incluir los formularios requeridos del IRS y/o de visa, si corresponde).

Enviar a: Boehringer Ingelheim CARES Foundation, Inc.
c/o Express Scripts SDS, Inc.
P.O. Box 66555
St. Louis, MO 63166-6555

Programa de Ayuda a los Pacientes

Médico: Complete la Sección 1 y envíe el formulario a:

¿Preguntas? Llame al 1-800-556-8317
Fax: 866/851-2827

Sección 1 - Información del médico y receta			
Nombre del médico:	Nº de licencia estatal o DEA:	Teléfono: ()	
		Fax: ()	
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Receta			
Nombre/potencia del producto		Cantidad	
Nombre/potencia del producto		Cantidad	
<p>Certificación del médico/prescriptor: A mi mejor saber y entender, este paciente no tiene seguro médico (incluido Medicare, 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.</p>			
Firma del médico:		Fecha:	
Sección 2 - Información del paciente			
Nombre del paciente:		Nº del Seguro Social:	
Dirección postal:		Fecha de nacimiento:	Hombre <input type="checkbox"/>
		/ /	Mujer <input type="checkbox"/>
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono ()
Número de miembros del hogar (incluido el solicitante) (marque uno)	¿Residente de EE.UU.?	¿Es usted un Veterano de las Fuerzas Armadas de EE.UU.?	¿Tiene una discapacidad?
1 2 3 4 5 6 7 más de 7	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>Información financiera Nota: Debe anexar una copia de su Declaración de Impuestos sobre la Renta de EE.UU. más reciente, es decir, el Formulario 1040, 1040A, 1040EZ, 1099 del IRS</p>			
Fuentes de ingresos en cantidades brutas mensuales			
Salario/paga \$ _____	Seguro Social \$ _____	Pensión alimenticia/manutención \$ _____	
Discapacidad \$ _____	Pensión/jubilación \$ _____	Desempleo/comp. laboral \$ _____	
Ingresos totales mensuales del hogar: \$ _____			
Activos totales del paciente: \$ _____ (Incluye cuentas corrientes/de ahorro, IRA, anualidades, acciones/bonos/CD)			
Cobertura privada para medicamentos	Medicaid	Medicare	Medicare Parte D
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>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 solicitud, pero que toda la información médica y financiera se mantendrá confidencial, según lo exija la 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.</p> <p>Por este medio autorizo a Boehringer Ingelheim CARES Foundation, Inc. a obtener y divulgar información de médicos, compañías de seguro y otra información que sea necesaria para verificar la información provista en esta solicitud, aunque Boehringer Ingelheim CARES Foundation, Inc. no es responsable de verificar ninguna parte de la información contenida en la Sección 1 que antecede ni de confirmar otros medicamentos que esté tomando.</p>			
Firma del paciente:		Fecha:	