ASISTENCIA CON LA MEDICACIÓN

SafeNetRx™
FARMACIA CARITATIVA

SOLICÍTELO EN LÍNEA EN
WWW.PORTAL.SAFENETRX.ORG

PROVIENDO MEDICAMENTOS A BAJO PRECIO PARA AQUELLOS QUE LO NECESITAN

ELEGIBILIDAD

- [ ] Viviendo en el estado de Iowa
- [ ] No poder permitirse la medicación prescrita, independientemente de la situación del seguro
- [ ] Renta familiar anual igual o inferior a la siguiente:

# DE INDIVIDUOS EN EL HOGAR	RENTA FAMILIAR ANUAL
1	$31,300
2	$42,300
3	$53,300
4	$64,300
5	$75,300
6	$86,300
7	$97,300
8	$108,300

PRECIOS

POR CADA RECETA PARA 30 DÍAS

PRESCRIPCIÓN GENÉRICA — $5

Disponemos de más de 200 medicamentos genéricos que cubren la mayoría de las enfermedades.

PRESCRIPCIÓN DE MARCA — $15

Los productos de marca e inhaladores donados están disponibles de forma limitada.

SUMINISTROS MÉDICOS — $15

Pregunte por nuestro inventario de suministros médicos, como jeringuillas de insulina, agujas para pluma y lancetas.

El precio incluye los gastos de envío. Los clientes de SafeNetRx nunca pagan más de 50 $ por pedido, independientemente del número de recetas.

COMIENCE HOY MISMO!

SOLICITUD

En línea O rellene la solicitud incluida en este folleto. *Tenga en cuenta que no surtimos recetas de sustancias controladas o que requieran refrigeración (insulina).*

PRESCRIPCIONES

Pídale a su médico que nos envíe los datos de su receta o infórmenos si tiene recetas en otra farmacia.
Surescripts NCPDP 1625574
Fax (515) 401-1191

PAGO

El pago debe efectuarse antes del envío de los medicamentos. Débito / Crédito es el método de pago preferido y se puede tomar por teléfono oa través de una página web segura.

ENVIÓ

La dirección del paciente se necesita confirmar antes del envió. Después del envió, se debe recibir sus recetas dentro de 2-5 días laborales. Enviamos pedidos de lunes a jueves.

¿Necesita ayuda para encontrar un proveedor pero no tiene seguro que cubra el coste? Visite fciowa.org para encontrar una lista de clínicas gratuitas cerca de usted.

(515) 276-0066 pharmacy@safenetrx.org www.safenetrx.org

Horas normales de funcionamiento: Lunes - Jueves 8:30 AM - 4:30 PM y Viernes 8:00 AM - 12:00 PM

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA MEDICAMENTOS

SafeNetRx™
FARMACIA CARITATIVA

SOLICÍTELO EN LÍNEA EN
WWW.PORTAL.SAFENETRX.ORG

INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Nombre : _____
Primer Nombre *Segundo Nombre* *Apellido*

Fecha de Nacimiento : _____ / _____ / _____ **Sexo :** ☐ Masculino ☐ Femenino **Alergias :** _____

Dirección de Envío : _____
Calle *Apt #*

_____
Ciudad, Estado, Codigo Postal

Teléfono: _____ **Correo Electronico :** _____

Nombre del gestor del caso (si procede) : _____ **Número de teléfono del gestor del caso :** _____

Medicamentos actuales: _____

_____

REQUISITOS DE ADMISIÓN *Válido durante un año a partir de la fecha de inscripción*

Estoy viviendo en iowa : ☐ Sí ☐ No **Renta familiar anual ($) :** _____

No puedo pagar mis medicamentos porque (marque una opción):
☐ No tengo seguro ☐ Tengo seguro pero no puedo permitirme el copago

Número de personas en el hogar (#) : _____

AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta en la fecha indicada a continuación. Entiendo que esta información se utilizará para determinar la elegibilidad para recibir medicamentos donados y que cualquier tergiversación en este documento anulará la capacidad del solicitante anterior para recibir medicamentos de la Farmacia SafeNetRx. Entiendo que SafeNetRx puede ponerse en contacto conmigo en el futuro para verificar esta información. Autorizo la divulgación de la información proporcionada necesaria para fines de auditoría a los administradores del programa o a las personas designadas por terceros para verificar la elegibilidad para los programas de donación de medicamentos o acceder a registros públicos para una evaluación del programa SafeNetRx y permito que se utilice lo siguiente en lugar de este documento original: (1) una fotocopia de esta autorización, o (2) el uso de una computadora para indicar que hay una firma en el archivo. Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad de SafeNetRx antes de firmar este documento. El Aviso de prácticas de privacidad de SafeNetRx se me ha ofrecido para que lo vea en línea en safenetrx.org. El Aviso de Prácticas de Privacidad descrito en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener un Aviso de prácticas de privacidad revisado accediendo al sitio web de SafeNetRx o llamando a la farmacia y solicitando que se me envíe una copia revisada por correo.

_____
FIRMA ☐ *Marque la casilla si usted es un representante que firma en nombre del solicitante con el permiso verbal de éste*

_____
FECHA

ENVÍE LA SOLICITUD COMPLETA A

Email: pharmacy@safenetrx.org
Fax: (515) 401-1191

GRACIAS!

SAFENETRX FARMACIA CARITATIVA
1500 SE 19th St, Ste 530
Grimes, IA 50111

Teléfono: (515) 276-0066
Website: www.safenetrx.org