



**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