



Freemed

Lista de verificación de asistencia con receta

301 S Boulevard, Suite #2
Idaho Falls, ID 83404
Phone: 208-528-6337, Fax: 208-528-6339
Email: freemedoffice@gmail.com

Para inscribirse, lleve lo siguiente a su cita

Identificación / Verificación de Ciudadanía

Tarjeta de seguro Social Licencia de conducir

- ID del estado
- Certificado de nacimiento
- Papeles / tarjeta de extranjero residente

Información del seguro

(No todos los documentos se pueden aplicar a usted)

- Carta actual de negación de Medicaid
- y /
- Tarjeta de seguro médico
-
- Todas las tarjetas de Medicare

Comprobante de ingresos / información financiera

- Impuestos federales actuales sobre la renta
-
- Carta actual de beneficios de la Seguridad Social
-
- Beneficios actuales para veteranos
-
- Beneficios actuales de Comp Workman
-
- 3 recibos de pago más recientes
-
- Los extractos bancarios más recientes (90 días)
-
- Carta de Beneficios de Salud y Bienestar Actual

Lista de medicamentos actuales

- Trae todas tus botellas / cajas actuales contigo
-
- Impresión de farmacia
-
- El formulario de solicitud de medicamento adjunto

Llame para una cita

208-528-6337
Horario: lunes a jueves de 9:00 a.m. a 2 p.m.



Freemed

301 S Boulevard, Suite #2

Idaho Falls, ID 83404

Phone: 208-528-6337 Fax: 208-528-6339

E-Mail: freemedoffice@gmail.com

información del aplicante

Nombre:

Fecha

Dirección

Dirección postal (si es diferente)

Ciudad

Estado:

Código postal

Número de teléfono

Fecha de nacimiento

E-mail

Seguridad Social #

-
- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ciudadano estadounidense | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Residente legal extranjero | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Veterano | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Estudiante | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Impuestos federales actuales | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Incapacidad del Seguro Social | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Carta de negación de Medicaid | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |



Freemed

301 S Boulevard, Suite #2
Idaho Falls, ID 83404
Phone: 208-528-6337 Fax: 208-528-6339
E-Mail: freemedoffice@gmail.com

Género

Masculino Hembra

Estado de Empleo

- Empleado a tiempo parcial
 Empleado a tiempo completo
 Desempleados
 Trabajadores por cuenta propia
 Retirado
 otro

Estado civil

- Soltero Casado Viudo
 Divorciado

de personas en el hogar

Ingreso mensual

Diagnóstico

Alergias a medicamentos

Información del médico del cliente

El nombre del doctor

Dirección del doctor

ciudad

estado

código postal

teléfono #

Fax #



Freemed

301 S Boulevard, Suite #2

Idaho Falls, ID 83404

Phone#: 208-528-6337 Fax#: 208-528-6339

E-mail: freemedoffice@gmail.com

Nombre:

Fecha:

Medicamentos

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS CLIENTES CON EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Tras la aceptación en el Programa de Asistencia al Paciente de Freemед, usted tiene los siguientes derechos y Responsabilidades.

USTED TIENE DERECHO A:	SUS RESPONSABILIDADES SON:
Recibir servicios sin tener en cuenta la raza, género, origen nacional, religión, idioma, orientación sexual, o afiliación política.	Para firmar formularios de "Liberación de Información" a las agencias servicios adecuados para usted
Tener todas las políticas del programa y Procedimientos explicados a usted.	Para cumplir con todos los requisitos de presentación de informes, notificación dentro de los 7 días de cualquier cambio en la dirección, número de teléfono, ingresos y estado del seguro.
Participar activamente en el Freemед Programa de Asistencia al Paciente.	Proporcionar documentación cuando se solicite, dentro de 7 días a su defensor del paciente para apoyar Los servicios que se le proporcionan.
Ser tratado de manera justa, con dignidad, Cortesía y respeto.	Tratar al personal del Programa de manera justa, con dignidad, cortesía y Respeto.
Ser notificado por escrito en un plazo de 10 días de cualquier acción que afecte a su recibo servicios de asistencia al paciente.	Notificar a FREEMED cuando las circunstancias afecten su capacidad para cumplir con los requisitos del programa. Para responder dentro de los 7 días de cualquier contacto de nosotros.

He leído los Derechos y Responsabilidades por participar en la Asistencia al Paciente DE FREEMED programa mencionado anteriormente. Mi firma en este formulario indicaba que he sido informado de estos Rights and Responsibilities and agree to abide by them as a client in the Program. I understand that failure to respect the rights and responsibilities above may result in my being discharged From the FREEMED Patient Assistance Program.

Signature of Client

Date

Signature of Patient Advocate

Date

A COPY WAS GIVEN TO CLIENT