Nombre:

Dirección de correos

Email:

Patient ID#:

DOB:

**Corrija/añade/haga cambios a la información de contacto aquí:**

|  |  |
| --- | --- |
| A partir de la fecha de: | **13 de octubre de 2017** |
| Dirección de correos |  |
|  |  |
| Email: |  |
| Teléfono en casa: |  |
| Teléfono en trabajo: |  |
| Celular: |  |
| Otro: |  |

**Formulario de Re-Inscripción para 2018**



Nombre del Programa:

**Por favor complete lo siguiente y regrese el documento a NORD antes del 1ero de diciembre de 2017**

Yo no necesito ayuda del programa anotado anteriormente para el año 2018

Sí, esto haciendo una solicitud para el programa anotado anteriormente para el período del 1ero de enero de 2018 al 31 de diciembre del 2018. Complete el formulario y volver a

NORD Patient Assistance Re-Enrollment, 55 Kenosia Avenue, Danbury, CT 06810

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sí | No |  |
|  |  | **Mi estado financiero ha cambiado**, Si la respuesta es sí, *adjunte las cuentas bancarias de los más recientes 3 meses de todas cuentas de cada uno de los miembros de su hogar responsables financieramente* |
|  |  | **Mi información de seguro ha cambiado,** Si la respuesta es sí, complete la sección a continuación de Cambio de Seguro – \* por favor proporcione a continuación la información de beneficios para el 2018. |
|  |  | **Mi médico tratante/recetante ha cambiado**  Si la respuesta es sí, anote el nombre, teléfono y fax aquí: |
|  |  | **Mi farmacia ha cambiado,** Si la respuesta es sí, anote el nombre aquí: |
|  |  | **Deseo añadir, retirar o cambiar la información de contacto alterna**, Si la respuesta es sí, complete la sección de Contacto Alterno |
|  |  | NORD puede enviar mensajes de texto a mi teléfono celular únicamente relacionado con mi participación en este programa. |
|  |  | NORD se puede comunicar conmigo por email como método preferido |

**Cambio(s) en el estado financiero:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| El estado civil ha cambiado a: | casado | | soltero | separado | viudo | divorciado |
| El ingreso anual al hogar aumentó a: | | **$** | | | # de personas en el hogar | |
| **El concesionario cumplió 18 años o los cumplirá el** | | | | | | |

**Cambio en el Seguro: a partir de la fecha de**

|  |
| --- |
| *Tipo:*  Medicare A o B  Medicare Parte D  Medicaid  por empleador  privado  COBRA  *Categoria:*  Medicare Advantage  Supplemental (Medigap)  HSA  HMO  PPO  POS  Cambio en la Compañía de Seguros: Nombre de la Compañía de Seguros |

**\* Cobertura Anual:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Deducible**  **$** | **Prima Mensual**  **$** | **Co-pago**  **$** | **Co-seguro**  **$** | **Máximo fuera de bolsillo**  **$** |

**Contacto Alterno:**

|  |  |
| --- | --- |
| Teléfono en casa: | Teléfono celular: |
| Relación con el Paciente: | Es éste el contacto principal  Sí  No |

Revelaciones

# Identidad

Yo, el abajo firmante, soy el paciente, el padre o tutor legal del paciente o, el representante legal autorizado con la capacidad de actuar a nombre del paciente.

# Solicitud

Certifico que, según mi leal saber y entender, toda la información proporcionada en la solicitud es correcta y completa. Entiendo que proporcionar información incompleta, incorrecta o fraudulenta es causa para la revocación de mi concesión.

Además, certifico que notificaré a la National Organization for Rare Disorders (en lo sucesivo, NORD) acerca de cualquier cambio en mi tratamiento, diagnóstico o situación financiera.

Yo autorizo a mi compañía de seguros de salud, médico recetador, farmacia y/o a la(s) persona(s) anotadas como contactos a divulgar cualquier información a NORD que se requiera o sea necesaria para mantener mi elegibilidad en el programa. Reconozco que se mantendrá esta información de manera confidencial y que no se usará para fines distintos al proceso de inscripción.

# Retiro

Yo sé que puedo llamar al NORD en cualquier momento al (800) 999-6673 para retirar mi solicitud y revocar mi permiso para usar mi información.

# Concesión

Reconozco que cualquier concesión que pueda recibir está sujeta a la continuidad de fondos disponibles. Entiendo que NORD puede retirar mi concesión o negar pagos por cualquier motivo a su discreción, con o sin previo aviso.

## Medicare

Reconozco que, es posible que cualquier gasto médico pagado por NORD y cualquier servicio prestado por NORD, pueda no ser considerado como parte de mis gastos Reales Menores Medicare (Medicare True Out-of-Pocket [TROOP]).

# Medicamentos y Tratamientos

Entiendo que NORD no asume responsabilidad alguna por la inocuidad o eficacia de mis medicamentos o tratamientos recetados. Acepto mantener a NORD en paz y a salvo contra cualesquiera y todos los reclamos resultantes del uso mis medicamentos o tratamientos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Nombre Completo del Paciente* | *Nombre Completo (si no es el paciente)* | |
|  |  | |
| *Firma* | *Relación con el paciente* | *Fecha* |
|  |  |  |