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 [ ]  POSCambio 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* |
|  |  |  |