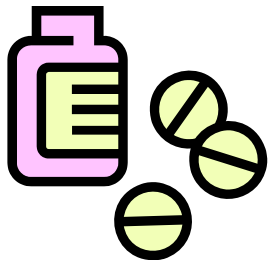


## Medicamentos Ordenados Con Frecuencia

- 
- Advair Diskus
- Accupril
- Actos
- Avandia
- Coreg
- Coumadin
- Cozaar
- Crestor
- Diovan
- Glucotrol XL
- Humulin
- Hyzaar
- Lantus
- Lipitor
- Nexium
- Norvasc
- Plavix
- Proventil
- Singulair
- Toprol XL
- Tricor
- Wellbutrin
- Xalatan
- Zetia
- Zolof



## Contacto

Si tienes preguntas, por favor llámanos  
al

**212-342-1617**

[http://www.nyp.org/services/acn\\_outreach\\_pap.html](http://www.nyp.org/services/acn_outreach_pap.html)



 **New York-Presbyterian**  
Ambulatory Care Network

*Copyright New York Presbyterian Hospital 2004.  
All rights reserved*

 **New York-Presbyterian**  
Ambulatory Care Network



**Programa de Asistencia  
Farmacéutica**

CONNECTANDO VIDAS, ORGANIZACIONES Y SERVICIOS

**622 West 168<sup>th</sup> St.  
VC-10, Area C, Room 3  
New York, NY 10032  
Phone 212- 342-1617  
Fax 212-342-1792**

## ¿Quien Servimos?

- Comunidades de NewYork-Presbyterian Hospital Cornell & Columbia
- Grupo de Proveedores Comunal
- Pacientes sin beneficio de recetas
- Organizaciones de la Fe y de la comunidad



## ¿Cual es el Costo?

- Costo mínimo por cada receta equivalente a 3 meses de medicina.

## Descripción del Programa

- Facilitar para obtener medicamentos.
- Administrar asistencia técnico para ayudar a los proveedores de salud.
- Abogar para los pacientes que necesitan ayuda con sus medicamentos.

## Características del Programa

ACN-PAP vigila recetas ordenada, costos al por mayor, y modelos de recetar. Cuando los medicamentos no estén disponibles, nosotros provenimos asistencia para identificar remedio alternativo con los médicos.

## ¿Quien es Elegible?

- Sin seguro o sin beneficio de recetas
- Bajo el 200% del nivel de pobreza
- No estas matriculado en un programa del estado conteniendo beneficios
- Tienes 6 meses tomando los mismos medicamentos.



## Como Aplicar

### Es Fácil como el 1-2-3's

1. Visita su medico y compara sus medicamentos con nuestro formulario.
2. Llena una aplicacion en la oficina de su medico. (Entre nuestro grupo de proveedores)
3. Envie todos los documentos (aplicacion, prueba de ingreso, y rectas originales) ha nuestra oficina

## Documento Requerida

- El paciente debe de llenar la aplicación y firmarlo.
- El paciente debe incluir su prueba de ingreso.
- Prueba de ingreso aceptable:
  - Copia de IRS
  - Copia de salario
  - Copia de Seguro Social o cheque
  - Carta de la persona que mantiene el paciente y copia de salario de la persona verificar ingresar.