



## Responsabilidades del Paciente

- \* La aplicación debe de ser llenada completamente
- \* Pida recetas originales a su doctor
- \* Una copia de su tarjeta de Medicare (*si tiene una*)
- \* Necesitamos prueba de ingreso:
  - Copia de la Cuenta de Seguridad Social, Pensión, Compensación del trabajo  
○
  - Copia de Pago de empleo (*2 o 3 pagos siguiente*)  
○
  - Carta de soporte de familiar o amistad
  
- \* Si usted no tiene prueba de ingreso, por favor pida cualquier prueba de ingreso de la lista arriba de la persona quien le está dando soporte/mantenimiento
  
- \* Cuando usted tenga solamente **30 días** de su medicina, debe llamar a su **doctor o punto de contacto** y que se lo rellenen. Ellos nos llamaran para pedir su orden. **La farmacia no tiene sus medicamentos hasta que ACN-PAP lo ordena.**

**DELE ESTE DOCUMENTO AL PACIENTE,**  
**GRACIAS.**