

## Solicitud del programa Red de seguridad de insulina de necesidad urgente

Use esta solicitud si tiene una necesidad urgente de insulina. Una necesidad urgente de insulina significa que tiene menos de un suministro de insulina para 7 días y probablemente tendrá consecuencias importantes para su salud si se queda sin insulina.

### ¿Quién califica para este programa de necesidad urgente?

Condiciones de elegibilidad para este programa:

- Vivir en Minnesota.
- Tener una necesidad urgente de insulina.
- Tener una receta vigente de insulina.
- Pagar más de \$75 cada mes por su insulina.
- Presentar una identificación que demuestre su residencia en Minnesota en forma de una tarjeta de identificación, una licencia o permiso de conducir válidos de Minnesota o una identificación emitida por una tribu. Si no tiene uno de estos pero tiene un Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN), puede proporcionarlo en su lugar. Si es menor de 18 años, su padre o tutor legal debe proporcionar un comprobante de residencia o un ITIN.

Normalmente, puede acceder a un suministro de insulina de necesidad urgente solo una vez en un período de 12 meses. Sin embargo, existen algunas circunstancias en las que puede ser elegible para acceder a un segundo suministro de 30 días. Complete la solicitud a continuación para ver si califica.

Si califica para el programa de necesidad urgente, puede recibir su insulina de inmediato, pero deberá pagar un copago de hasta \$35 para recibir su suministro de 30 días.

Para obtener ayuda a más largo plazo para cubrir sus costos de insulina, visite [MNinsulin.org](http://MNinsulin.org) para obtener información sobre el programa de necesidad continua.

### ¿Cómo lo solicito?

Debe completar la página dos de este documento y entregársela a su farmacéutico. Debe:

- Completar el formulario en la página dos electrónicamente y luego imprimirlo. Firme el formulario a mano.
- Imprima el documento. Complete el formulario en la página dos a mano. Firme el formulario a mano.

Si no puede imprimir el documento, su farmacéutico puede proporcionarle una copia impresa para que la complete en la farmacia.

### Preguntas

Si tiene preguntas sobre el Programa de red de seguridad de insulina de Minnesota, comuníquese con su farmacia o comuníquese con la Junta de Farmacia de Minnesota visitando <https://mn.gov/boards/pharmacy/insulinsafetynetprogram/>.

### Aviso de Privacidad

Su farmacia necesita la información solicitada en este formulario para procesar su solicitud de insulina de necesidad urgente. La información se recopila, mantiene y comparte según lo permitido o requerido conforme a las Leyes de Minnesota, artículo 151.74.

### Formatos alternativos

Para solicitar este documento en un formato alternativo llame al 651-539-2099 o al 855-366-7873, envíe un correo electrónico a [AEO@MNSure.org](mailto:AEO@MNSure.org), o envíelo por correo a MNSure AEO Office, PO Box 64253, St. Paul, MN 55164-0253.

## Su información personal

¿Vive en Minnesota? (Si no vive en Minnesota, no es elegible para este programa).

Sí No

Nombre de pila Apellido Fecha de nacimiento

Número de teléfono Dirección de correo electrónico (opcional)

Dirección de casa Ciudad Estado Código postal

Dirección postal (si es la misma que la anterior, déjela en blanco)

Ciudad Estado Código postal

## Cobertura de atención médica / Información de la receta

1. ¿Está actualmente inscrito en la cobertura de Medical Assistance o MinnesotaCare?

Sí No

2. ¿Tiene seguro y paga \$75 o menos cada mes para comprar sus recetas de insulina?

Sí No

3. En los 12 meses anteriores, ¿ha recibido un suministro de insulina de necesidad urgente a través de este programa?

Sí No (sáltese las preguntas 4 y 5)

4. ¿Ha solicitado cobertura de salud de Medical Assistance o MinnesotaCare pero está esperando que comience su cobertura o a saber si califica?

Sí (sáltese la pregunta 5) No No corresponde

5. ¿El fabricante ha determinado que usted no es elegible para un programa del fabricante de asistencia al paciente, pero está esperando la decisión de la Junta de Farmacia sobre una apelación?

Sí No No corresponde

*Si respondió "No" a las preguntas 1, 2 y 3, O respondió "No" a las preguntas 1 y 2 y "Sí" a la pregunta 3 y "Sí" a las preguntas 4 o 5, podría ser elegible para este programa.*

## Firma y fecha

Al firmar y fechar a continuación, acepta que toda la información es veraz. Si es menor de 18 años, su padre/tutor debe firmar y fechar la solicitud en su nombre.

Nombre en letra de imprenta (del tutor si el solicitante es menor de edad)

Firma (del tutor si el solicitante es menor de edad) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

## Para uso interno de la farmacia

Confirmando que esta persona tenía una receta válida y proporcionó la siguiente forma válida de identificación:

Licencia/permiso de conducir. Ingresar número: \_\_\_\_\_

Tarjeta de identificación de Minnesota. Ingresar número: \_\_\_\_\_

Identificación emitida por una tribu. Ingresar número: \_\_\_\_\_

Número de Identificación Individual del Contribuyente (ITIN). Ingresar número: \_\_\_\_\_

Firma del farmacéutico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Los farmacéuticos que tengan preguntas deben comunicarse con la Junta de Farmacia de Minnesota.*