

Gracias por descargar este documento de asistencia al paciente de NeedyMeds. Esperamos que este programa le ayude a obtener la medicina que necesita.

**RECUERDE** - Enviar solicitud completa a la dirección en el formulario, NO a NeedyMeds.

¿Sabía usted que NeedyMeds tiene miles de otros recursos gratuitos?

Aquí veamos más formas en las que podemos ayudarle a ahorrar dinero en medicinas y los costos de atención de salud. Cada uno puede encontrarse bajo la pestaña “ahorros al paciente” en nuestro sitio web:

- **Asistencia Basada en Diagnóstico** — NeedyMeds lista miles de programas de asistencia para casi cualquier condición de salud. Si usted está pasando por tratamiento de quimioterapia para el cáncer, hay programas que pueden ayudar con los costos de peluca y productos de enfriamiento del cuero cabelludo. También contamos con recursos para pruebas gratuitas para el diabetes, apoyo para el alojamiento del cuidador y mucho más.
- **Clínicas Gratuitas, de Bajo Costo y de Escala Móvil** – Esta colección popular contiene información sobre más de 18,000 clínicas médicas y dentales gratuitas, de bajo costo y de escala móvil en todo Estados Unidos. Es un gran recurso si usted necesita un tratamiento médico asequible y no sabe a dónde ir.
- **Cupones, Rebajas & Más** — Puede usar el sitio web de NeedyMeds para encontrar cerca de 2,000 oportunidades de ahorro de costos tanto para medicamentos recetados como para medicinas de venta libre y suministros médicos.
- **Transporte Médico** — ¿Necesita ayuda para llegar al consultorio médico o al centro médico? Usted puede ser elegible para recibir ayuda financiera si cumple con ciertos requisitos.

Por último, quiero hablarles de la **Tarjeta de Descuento de Medicamentos NeedyMeds**. Miles de personas utilizan esta herramienta gratuita, anónima y fácil de usar para obtener un mejor precio en sus medicamentos. Hasta la fecha, nuestra tarjeta de descuento para medicamentos le ha ahorrado a los pacientes más de \$244,000.00. Consulte la página siguiente para obtener más información.

No dude en llamar a nuestra línea de ayuda gratuita si usted tiene alguna pregunta. Usted puede comunicarse con nosotros al 1-800-503-6897 de Lunes a Viernes, 9am-5pm Hora Este.

Gracias por usar NeedyMeds! Por favor, déjenos saber si podemos hacer algo más para ayudar a pagar los costos de su atención médica.



Rich Sagall, MD  
President, NeedyMeds

# Corte la tarjeta y ahorre



## TARJETA DE DESCUENTO DE MEDICAMENTOS

BIN: 020750

RX PCN: NMeds

RX GRP: PDFPDF

ID: NMNA019309901930

**Atención al Cliente**

1-888-602-2978

**Este es un programa de descuento de medicamentos, no un plan de seguros.**

## Tarjeta de Descuento de Medicamentos NeedyMeds

[www.needymeds.org](http://www.needymeds.org)

**Paciente:** Puede usar esta tarjeta en cualquier de las más de 65,000 farmacias participantes para ahorrar en todos los medicamentos recetados. No puede usar esta tarjeta con Medicare incluyendo la parte D, Medicaid o cualquier otro programa estatal o federal, a menos que decidas no usar su programa patrocinado por el gobierno. Además, no puede utilizar esta tarjeta con ningún programa de seguro médico, pero puede utilizarla en lugar de su seguro si la tarjeta ofrece un mejor precio. Para preguntas, llame al 1-888-602-2987 o visite [www.drugdiscountcardinfo.com](http://www.drugdiscountcardinfo.com).

**Farmacéutico:** Administrado por la Compañía Medica Sercuity, LLC, Tucson, AZ.

**Línea de Ayuda de Farmacia:** 1-800-404-1031.



- Ahorre hasta un 80% en medicamentos\*
- Use en más de 65,000 farmacias a escala nacional, incluso todas las cadenas principales
- Comparta la tarjeta con amigos y familia

- Use la tarjeta tan a menudo como sea necesario
- Gratis, sin cargos ni registro
- Nunca expira

## ¿Qué recibirán un descuento?

Todos los medicamentos recetados son elegibles para ahorros, incluyendo medicamentos de venta libre y suministros médicos escritos como receta médica, así como medicamentos para mascotas que son equivalentes a las humanas, con receta por un veterinario.

También puede ahorrar hasta un 40% de descuento en equipos médicos duraderos, incluyendo los bastones, muletas, férulas, suministros de incontinencia y más. También puede ahorrar en suministros para diabéticos como medidor es de glucosa, tiras reactivas, lancetas y zapatos para diabéticos.

Visite [www.needymeds.org/dme](http://www.needymeds.org/dme) para obtener más información.

## ¿Qué pasa si tengo seguro?

Cualquiera puede usar la tarjeta, pero no se puede combinar con un seguro estatal o federal.

Puede utilizar la tarjeta en lugar del seguro si:

- Un medicamento no está cubierto por su seguro
- Su seguro no tiene cobertura de medicamentos
- Tienes un deducible de medicina alta
- Ha cumplido con el límite bajo en medicamentos
- La tarjeta ofrece un mejor precio que su copago
- Usted está en la brecha de cobertura de la Parte D de Medicare

Para obtener una tarjeta de descuento de medicamentos plástica, envíe un sobre auto dirigido y con sello a:

NeedyMeds Drug Discount Card

PO Box 219

Gloucester, MA 01931

*La tarjeta no es válida en combinación con planes de seguro, incluyendo Medicare, Medicaid o cualquier seguro de prescripción estatal o federal. La tarjeta se puede utilizar solo si decide no usar su plan de medicamentos patrocinado por el gobierno para su compras.*

\*Ahorro promedio de 60%, con ahorros potenciales de hasta el 80% o más (basados en datos nacionales de ahorro de 2018). Todos los medicamentos recetados son elegibles para ahorros.

**Este es un programa de descuento de medicamentos, no un plan de seguro.** Los descuentos están disponibles exclusivamente a través de las farmacias participantes. La gama de descuentos variará dependiendo del tipo de receta y la farmacia elegida. Este programa no realiza pagos directamente a las farmacias. Los usuarios están obligados a pagar por todas las compras con receta. No se puede utilizar junto con el seguro. Puede llamar al 1-888-602-2978 con preguntas o inquietudes, o para obtener más información.

# ARIKAYCE Prescription and Arikares Support Program Enrollment Form



Fax: 1-800-604-6027 or E-mail: enrollment@arikares.com

Please complete all fields on page 1 and 3 to prevent any delays and include scanned copies of both sides of the patient's insurance card (fields marked with an asterisk [\*] are mandatory/required).



### Questions?

Phone: 1-833-ARIKARE (1-833-274-5273)  
Alternate Phone: 1-973-437-2376

## PATIENT INFORMATION

\*Patient First Name: \_\_\_\_\_ \*Patient Last Name: \_\_\_\_\_ \*MI: \_\_\_\_\_  
\*DOB: \_\_\_\_\_ \*Gender: Male Female Last 4 of SSN: \_\_\_\_\_  
\*Shipping Address: \_\_\_\_\_ \*City: \_\_\_\_\_  
\*State: \_\_\_\_\_ \*ZIP: \_\_\_\_\_ \*Home Phone: \_\_\_\_\_ \*Cell Phone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Applicable Contact Method(s): (check all that apply) Home Cell E-mail Text  
Preferred Time to Contact: Morning Afternoon Evening  
Preferred Contact Language: English Spanish Other: \_\_\_\_\_  
Authorized Alternate Contact: \_\_\_\_\_  
Alternate Contact Phone: \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

### Prescription Insurance Information (Please Send a Copy of Insurance Card)

\*Prescription Coverage Plan Name: \_\_\_\_\_  
Beneficiary/Cardholder: \_\_\_\_\_ Relationship to Cardholder: \_\_\_\_\_  
\*Primary Rx Insurance ID #: \_\_\_\_\_ \*Group #: \_\_\_\_\_  
\*BIN: \_\_\_\_\_ \*PCN: \_\_\_\_\_ \*Phone: \_\_\_\_\_  
\*Primary Rx Plan Type: Private/Commercial Medicare Part D Medicaid TRICARE Other  
Secondary Rx Plan Name: \_\_\_\_\_  
Beneficiary/Cardholder: \_\_\_\_\_ Relationship to Cardholder: \_\_\_\_\_  
Secondary Rx Insurance ID #: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_  
BIN: \_\_\_\_\_ PCN: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
Secondary Rx Plan Type: Private/Commercial Medicare Part D Medicaid TRICARE Other

### Patient Does Not Have Insurance

### Patient Authorization Signature

I have reviewed and understand this form.

**Information Disclosure** – I have read and understand the Patient Authorization on page 2, and I agree to allow My Information (as defined in the Patient Authorization) to be used and shared as described in the Authorization.

\*Patient Signature: \_\_\_\_\_ \*Date: \_\_\_\_\_

**Program Enrollment** – By signing below, I agree to enroll in the Arikares Support Program and verify that the information in the "Patient Information" section of this form is accurate and complete.

\*Patient Signature: \_\_\_\_\_ \*Date: \_\_\_\_\_

Please see Indication and Important Safety Information for ARIKAYCE, including Boxed Warning, on page 4. Please see accompanying full Prescribing Information.

## PATIENT AUTHORIZATION

By signing the Patient Authorization block on page 1, I authorize my healthcare providers, including the pharmacies I use, and my health insurance plan(s) to disclose my personal information, including information about me (eg, my name, address) and my health, including my finances, insurance, prescriptions, pharmacy fills/claims, and medical condition (“My Information”) to Insmmed (the manufacturer of ARIKAYCE® [amikacin liposome inhalation suspension]) and its affiliates, agents, and contractors, including the administrators of the Insmmed *Arikares™ Support Program*, the dispensing pharmacies of Insmmed products, and any other person or entity assisting Insmmed in the administration of the *Arikares Program* (collectively, the “Insmmed *Arikares Team*”), for the purposes listed below:

1. To investigate, verify, and determine my insurance coverage for ARIKAYCE
2. To provide financial assistance, and support to facilitate access to ARIKAYCE and the Lamira® System as prescribed by my treating physician
3. To facilitate a voluntary training session educating on device use and successful treatment initiation
4. To determine my initial and continuing eligibility for other assistance programs
5. To contact me by phone, mail, e-mail (if my e-mail address was provided), cell phone, or text message (if my cell phone was provided) to request further information, discuss the application process, administer the Program, evaluate treatment progress and/or the effectiveness of the Program, and to conduct market research
6. For Insmmed’s internal business purposes of continuous improvement, including ongoing quality control
7. To help ensure the accuracy and completeness of my applications
8. To send me marketing information, offers, and educational materials related to MAC (*Mycobacterium avium* complex) lung disease and/or ARIKAYCE

I understand that my pharmacy provider may receive remuneration from Insmmed in exchange for the health information provided and/or for any therapy support services provided to me. I also understand that once My Information has been disclosed under this Authorization, federal privacy laws may no longer protect it and that it may be subject to further disclosure. I specifically authorize the Insmmed Team to use and disclose My Information for the purposes listed above. I further understand that if I decline to sign this Authorization, that will not affect my eligibility for health plan benefits and treatment by my healthcare providers, but I will not have access to the education and services available through the *Arikares Support Program*. I understand that I may revoke this Authorization at any time by calling **1-833-274-5273** (alternate phone 1-973-437-2376) or writing to Insmmed Incorporated, Attn: Arikares, 700 US Highway 202/206, Bridgewater, NJ 08807. If I do revoke this Authorization, the Insmmed *Arikares Team* will stop accessing, using, and disclosing My Information thereafter, but the uses and disclosures previously made in reliance on the Authorization will not be deemed invalid. This Authorization expires ten (10) years from the date of my Program Enrollment signature on page 1, unless specified or mandated to be shorter by applicable state law. I understand that I am entitled to a copy of this Authorization once signed.

Please see Indication and Important Safety Information for ARIKAYCE, including Boxed Warning, on page 4.  
Please see accompanying full Prescribing Information.



# ARIKAYCE Prescription and Arikares Support Program Enrollment Form



**Fax: 1-800-604-6027** or **E-mail:** enrollment@arikares.com

Please complete all fields on page 1 and 3 to prevent any delays and include scanned copies of both sides of the patient's insurance card (fields marked with an asterisk [\*] are mandatory/required).



### Questions?

Phone: **1-833-ARIKARE** (1-833-274-5273)  
Alternate Phone: 1-973-437-2376

## HEALTHCARE PROFESSIONAL & PRESCRIPTION INFORMATION

\*Prescriber First Name: \_\_\_\_\_ \*Prescriber Last Name: \_\_\_\_\_  
 \*Practice Name: \_\_\_\_\_ Specialty: \_\_\_\_\_  
 \*Address: \_\_\_\_\_ \*City: \_\_\_\_\_ \*State: \_\_\_\_\_ \*ZIP: \_\_\_\_\_  
 \*Phone: \_\_\_\_\_ \*Fax: \_\_\_\_\_ \*NPI #: \_\_\_\_\_  
 Office Contact Name: \_\_\_\_\_ Office Contact Phone: \_\_\_\_\_  
 Office Contact E-mail: \_\_\_\_\_

If Applicable, Check Appropriate Box for Specialty Pharmacy Preference:

- No Preference       Maxor Specialty Pharmacy  
 Kroger Specialty Pharmacy       PANTHERx Specialty Pharmacy



### Official Prescription Information

\*Patient First Name: \_\_\_\_\_ \*Patient Last Name: \_\_\_\_\_ \*DOB: \_\_\_\_\_  
 \*Product: ARIKAYCE® (amikacin liposome inhalation suspension) \*Quantity: 28-Day Supply: 28-Vial Pack (28 Vials of Medication, 4 Aerosol Heads, and 1 Handset)  
 \*Dosing Info: Once-Daily 590 mg/8.4 mL (First Shipment Includes Lamira® System)  
 \*# of Refills: \_\_\_\_\_

New York prescribers, please submit prescription on an original NY State prescription blank. The prescriber is to comply with his or her state-specific form, fax language, etc. Non-compliance with state-specific requirements could result in outreach to the prescriber.

**\*Substitution Permitted?**      Yes      No

### Prescriber Certification

I certify that the above therapy is medically necessary and that the information provided is accurate to the best of my knowledge. I certify that I am the prescriber who has prescribed ARIKAYCE to the previously identified patient and that I provided the patient with a description of the Arikares Support Program. I authorize the Arikares Support Program to act on my behalf for the purposes of transmitting this prescription to the appropriate pharmacy.

**\*Prescriber Signature:** \_\_\_\_\_ **\*Date:** \_\_\_\_\_  
No stamped signatures accepted

Special Instructions:

**Please see Indication and Important Safety Information for ARIKAYCE, including Boxed Warning, on page 4. Please see accompanying full Prescribing Information.**