

Gracias por descargar este documento de asistencia de medicamentos recetados de NeedyMeds. Esperamos que este programa le ayude a obtener el medicamento que necesita.

**RECUERDE — Envíe su solicitud completa a la dirección en el formulario, NO a NeedyMeds.**

¿Sabías que NeedyMeds tiene miles de otros recursos gratuitos?

Aquí hay un vistazo a más formas en que podemos ayudarlo a ahorrar dinero en costos de medicamentos y atención médica. Cada uno se puede encontrar en la pestaña “Ahorros al Paciente” en nuestro sitio web:

- **Asistencia Basada en Diagnóstico** – NeedyMeds enumera miles de programas de asistencia para casi cualquier problema de salud. Si usted está pasando por el tratamiento de quimioterapia para el cáncer, hay programas que pueden ayudar con los costos de la peluca y los productos de enfriamiento del cuero cabelludo. También enumeramos recursos para pruebas de diabetes gratuitas, apoyo de alojamiento para cuidadores y mucho más.
- **Clínicas Gratuitas/Bajo Costo/Escala Móvil** — Esta popular colección contiene información sobre 18.000 clínicas médicas, dentales, de salud mental y de abuso de sustancias gratuitas, de bajo costo y de escala móvil en los Estados Unidos. Es un gran recurso si necesita un tratamiento médico asequible y no sabe a dónde ir.
- **Cupones, Reembolsos y Más** – Puede usar el sitio web de NeedyMeds para encontrar más de 2,600 oportunidades de ahorro de costos para medicamentos recetados y de venta libre y suministros médicos.
- **Transporte Médico** – ¿Necesita ayuda para llegar al consultorio del médico o al centro médico? Puede ser elegible para recibir asistencia financiera si cumple con ciertos requisitos.

NeedyMeds también ofrece información sobre campamentos y retiros basados en diagnósticos, programas recreativos, becas, programas gubernamentales, programas de medicamentos genéricos de \$4 y más.

Por último, quiero hablarles sobre la Tarjeta de Descuento de Medicamentos de NeedyMeds. Miles de personas utilizan esta herramienta gratuita, anónima y fácil de usar para obtener el mejor precio en sus medicamentos. Utilice la tarjeta para obtener descuentos en pruebas de laboratorio y también para ahorrar un 40% en equipos médicos duraderos. Hasta la fecha, nuestra tarjeta de descuento en medicamentos les ha ahorrado a pacientes más de \$300,000,000. Consulte la siguiente página para obtener más información.

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

Gracias por usar NeedyMeds. Háganos saber si podemos hacer algo más para ayudarlo 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 1-888-602-2978 o visite [www.drugdiscountcardinfo.com](http://www.drugdiscountcardinfo.com).

**Farmacéutico:** Administrado por la Compañía Medica Sercurity, 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 recibirá 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  
50 Whittemore St.  
Gloucester, MA 01930

*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.

## 1. APOYO SOLICITADO POR EL PACIENTE

MARQUE TODOS LOS RECUADROS QUE CORRESPONDAN

<input type="checkbox"/> Investigación de beneficios y clasificación farmacéutica	<input type="checkbox"/> Inscripción en el Cayston Access Program (CAP) (Investigación de beneficios/ clasificación farmacéutica no incluidos)	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia al Paciente (PAP)
---	--	---

## 2. PREFERENCIA DE FARMACIA

<input type="checkbox"/> Accredo	<input type="checkbox"/> CVS Specialty Pharmacy	<input type="checkbox"/> IV Solutions, una compañía de Maxor	<input type="checkbox"/> Pharmaceutical Specialties LLC, una compañía de Maxor
<input type="checkbox"/> AllianceRx Walgreens Prime	<input type="checkbox"/> Foundation Care, una solución de AcariaHealth	<input type="checkbox"/> Kroger Specialty Pharmacy	

## 3. INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre:		Apellido:		Inicial del 2.º nombre:	
Dirección: <i>(Nota: se requerirá una dirección física para enviar los medicamentos)</i>			Núm. de dpto./habitación:		Ciudad:
Estado:	Código postal:	Fecha de nacimiento: / /		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Contacto principal:			Relación:		
Núm. de teléfono fijo:		Núm. de teléfono laboral:		Núm. de teléfono celular:	
Núm. de teléfono de preferencia: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular		Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:			
Correo electrónico:					Núm. de teléfono de contacto:

## 4. INFORMACIÓN DEL SEGURO (SI ADJUNTA COPIAS, NO ES NECESARIO QUE COMPLETE LA INFORMACIÓN DEL SEGURO A CONTINUACIÓN)

<input type="checkbox"/> Marque este recuadro si adjunta una copia (frente y reverso) de la(s) tarjeta(s) de seguro del paciente.					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Un programa subvencionado por el gobierno como Medicare, Medicaid o un plan de la Parte D de Medicare, TRICARE, VA o DoD pagan de manera total o parcial las recetas médicas del paciente?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Usted cuenta con una tarjeta de medicamentos recetados?		
Nombre de la aseguradora de medicamentos recetados:					Núm. de teléfono:
Nombre del titular de la tarjeta:					
Núm. de identificación:		Núm. de grupo:		Núm. de BIN:	
Seguro principal:					Núm. de PCN:
Nombre del titular de la tarjeta:			Núm. de identificación:		Núm. de grupo:
Seguro secundario:					Núm. de teléfono:
Nombre del titular de la tarjeta:			Núm. de identificación:		Núm. de grupo:

## 5. INFORMACIÓN SOBRE EL PROFESIONAL QUE PRESCRIBE

Nombre del profesional que prescribe:		Apellido del profesional que prescribe:			
Nombre del centro:		Nombre de contacto del consultorio:			
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Núm. de teléfono del consultorio:		Int.:	Núm. de fax del consultorio:		Correo electrónico:
Núm. de ID fiscal:		Núm. de NPI:		Núm. de ID de Medicaid:	
Núm. de licencia del estado:					

## 6. DIAGNÓSTICO E INFORMACIÓN CLÍNICA (ESTO ES SOLO POR TEMAS DEL SEGURO, NO PARA SUGERIR INDICACIONES O USOS APROBADOS)

<input type="checkbox"/> Fibrosis quística (E84.9)	<input type="checkbox"/> Fibrosis quística con manifestaciones pulmonares (E84.0)	<input type="checkbox"/> <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (B96.5)	<input type="checkbox"/> Otro (Incluir código ICD-10):
Porcentaje predicho de VEF <sub>1</sub> : <input type="checkbox"/> <25% <input type="checkbox"/> ≥25% - ≤75% <input type="checkbox"/> >75%			Otros medicamentos:

## 7. INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN Y DECLARACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA

<b>SISTEMA NEBULIZADOR ALTERA®</b> (Incluye 1 controlador, 1 dispositivo Altera adicional, 1 cable de conexión del nebulizador, 1 fuente de CA, 4 baterías AA)			Dispensar: <input type="checkbox"/> 1 Sistema nebulizador Altera		
¿Es la primera vez que el paciente realiza tratamiento con CAYSTON (aztreonam para solución inhalatoria)?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tipo de receta: <input type="checkbox"/> CAYSTON 75 mg por vial, kit de 28 días <i>(Nota: el dispositivo Altera se incluirá en cada envío)</i>		Cantidad: <input type="checkbox"/> 84 viales	
De acuerdo a la receta: <input type="checkbox"/> Inhalar 75 mg (1 vial) mediante el nebulizador Altera tres veces al día durante 28 días de terapia seguidos de 28 días sin terapia <input type="checkbox"/> Otro:					
Instrucciones especiales: <i>(Nota especial: los profesionales que prescriben en Nueva York deben: enviar la receta en un recetario original del estado de Nueva York. En todos los demás estados: si no se envía la receta por fax, se debe usar un recetario específico del estado, según corresponda.)</i>				Alergias a medicamentos: <input type="checkbox"/> No se conocen alergias a medicamentos	
Certifico que he recibido la autorización por escrito apropiada del paciente, de conformidad con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996, las leyes estatales de privacidad de la información de salud aplicables y cualquier otro requisito pertinente, para divulgar la información personal y médica del paciente a Gilead y sus agentes y contratistas con el propósito de: 1) verificar la cobertura de seguro del paciente y la elegibilidad para los beneficios; 2) solicitar autorización previa si es necesario en nombre del paciente; 3) proporcionar asistencia financiera, ayuda y apoyo para referidos según sea necesario; 4) facilitar al paciente la provisión de sus medicamentos recetados; 5) comunicarse con el paciente para proporcionar materiales educativos sobre los medicamentos recetados del paciente o para evaluar la efectividad del Cayston Access Program y/o el PAP; y 6) para fines comerciales internos de Gilead.					

<b>X</b> FIRMA DEL PROFESIONAL QUE PRESCRIBE (OBLIGATORIA): (NO COLOCAR SELLOS. DISPENSAR SEGÚN SE INDICA.)	FECHA (OBLIGATORIA):
---	----------------------

Esto ayudará a evitar demoras en la farmacia

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

**8. AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE (LEER Y FIRMAR): OBLIGATORIO**

Tal como se describe más adelante, por el presente autorizo a mis proveedores y a mis planes de salud a compartir mi información médica y personal, tal como se explica a continuación, con Gilead Sciences, Inc., el fabricante de CAYSTON® (aztreonam para solución inhalatoria, 75 mg) (“CAYSTON”) y sus contratistas para propósitos limitados y de conformidad con esta autorización.

**Personas autorizadas a divulgar mi información:** mis proveedores de atención médica, incluida cualquier farmacia que surta mi receta para CAYSTON y otros medicamentos o dispositivos, y cualquier programa o plan de salud de Gilead que me proporcionen beneficios de atención médica.

**Información que se divulgará:** información personal sobre mí (por ejemplo, mi nombre, dirección postal e información de seguro) y mi información médica (como información sobre el estado de mi fibrosis quística) (en conjunto, toda esta información se denomina “información de salud” en esta autorización). Comprendo que mis proveedores farmacéuticos pueden recibir remuneración por divulgar mi información médica y personal en virtud de esta autorización.

**Personas a las que es posible que se les divulgue mi información de salud:** Gilead, que incluye al administrador externo responsable de la administración del Cayston Access Program® y del PAP (denominados en conjunto “Gilead” en esta autorización).

**Uso de la información y fines para los que se divulgará dicha información:** 1) establecer mi elegibilidad para recibir beneficios de mi plan de salud o de otros programas; 2) proporcionar asistencia económica, reembolso de acceso y apoyo para derivación, y comunicarme con mis proveedores de atención médica, lo que incluye, entre otras cosas, facilitarme el suministro de CAYSTON y del Sistema nebulizador Altera® en ciertas situaciones limitadas; 3) comunicarse conmigo para evaluar la terapia y la eficacia del programa, y para realizar una investigación de mercado; 4) cumplir los objetivos comerciales internos de Gilead, lo que incluye el control de calidad y encuestas para mejorar el apoyo; 5) garantizar la precisión y la totalidad de mi solicitud de asistencia; y 6) enviarme información publicitaria, ofertas y material educativo relacionados con la fibrosis quística y/o CAYSTON, incluido el programa publicitario de relación con el cliente (en virtud de mi consentimiento, más adelante).

Entiendo que una vez que mi información médica ha sido divulgada a Gilead, las leyes federales de privacidad ya no pueden restringir su uso o divulgación; sin embargo, Gilead tiene la intención de proteger mi información de salud al usarla y divulgarla para los fines descritos anteriormente y según lo exija la ley. Entiendo asimismo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, si me niego, mi elegibilidad para recibir beneficios del plan de salud y tratamiento por parte de mis proveedores de atención médica no cambiará, pero no tendré acceso al apoyo disponible a través de este programa. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una notificación escrita a Gilead por fax al 1-877-550-1705 o a la dirección del Cayston Access Program que se indica más adelante. Si la cancelo, Gilead dejará de utilizar esta autorización para acceder a mi información de salud luego de la fecha de cancelación, pero la cancelación no afectará ninguna información de salud que ya haya sido divulgada en virtud de esta autorización antes de dicha fecha de cancelación. Autorizo al Cayston Access Program a dejar un mensaje que incluya el nombre de la receta si no estoy disponible. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada, que vence al cumplirse 10 (diez) años de la fecha en que lo firmé o en el plazo exigido por las leyes del estado donde resido (el plazo más breve de los dos).

- Acepto recibir mensajes de texto por parte de Gilead o en su nombre a los números de teléfono que proporcioné. Entiendo que mi consentimiento no se exigirá como condición necesaria para la compra de algún bien o la recepción del apoyo de Gilead. Se pueden aplicar cargos de mensajería y datos. (OPCIONAL)
- Acepto recibir información publicitaria, ofertas y material educativo relacionados con la fibrosis quística y/o CAYSTON, incluido el programa publicitario de relación con el cliente. Entiendo que mi consentimiento no se exigirá como condición necesaria para la compra de algún bien o la recepción del apoyo de Gilead. (OPCIONAL)

<b>NOMBRE DEL PACIENTE (OBLIGATORIO):</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>
Correo electrónico del paciente:	Núm. de teléfono celular:
Nombre del profesional que prescribe:	Núm. de teléfono del profesional que prescribe:
<b>X FIRMA (OBLIGATORIA):</b> <i>(Firma del paciente o del representante autorizado del paciente)</i>	<b>FECHA (OBLIGATORIA):</b>

Nombre del representante autorizado del paciente *(si firma en nombre del paciente):*

Relación del representante autorizado del paciente con dicho paciente:

**ENVIAR POR FAX EL FORMULARIO COMPLETO A CAYSTON ACCESS PROGRAM AL NÚM. 1-877-550-1705**

Esto ayudará a evitar demoras en la farmacia

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

**9. INFORMACIÓN ECONÓMICA DEL PACIENTE**

(SOLO ES OBLIGATORIA SI SE SOLICITA UN ANÁLISIS DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE CAYSTON ["PAP DE CAYSTON"] [aztreonam para solución inhalatoria]).

Ingresos actuales del núcleo familiar: \$	Núm. de teléfono celular:
---	---------------------------

Cantidad de miembros del núcleo familiar que dependen de los ingresos mencionados:  1  2  3  4  5  6  Otro:

**Incluya la documentación actual para todas las fuentes de ingresos (por ejemplo, la declaración de impuestos más reciente, el formulario W-2, los últimos 2 comprobantes de pago, el formulario 1099, la carta de concesión de Seguridad de Ingreso Suplementario [SSI], etc.).**

Si los ingresos del núcleo familiar de un paciente son iguales a \$0, indique cómo se sostiene el paciente:

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

¿Usted es residente en EE. UU.?  Sí  No

Número de seguridad social:

¿El paciente ha solicitado los servicios de Medicaid?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, indique la fecha de solicitud:

¿El paciente es elegible para recibir los servicios de Medicaid?  Sí  No

Si la respuesta es No, indique el motivo:

¿El paciente es elegible para recibir los beneficios destinados a veteranos?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, ¿el paciente ha intentado obtener el medicamento mediante la VA?  Sí  No

¿El paciente ha presentado una solicitud para recibir un plan de seguros ofrecido mediante un mercado de seguros estatal (también conocido como "intercambio")?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, indique la fecha de solicitud:

¿El paciente es elegible para recibir un plan de seguros ofrecido mediante un mercado de seguros estatal (también conocido como "intercambio")?  Sí  No

Si la respuesta es No, indique el motivo:

**DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL SOLICITANTE (ESTO SOLO ES OBLIGATORIO SI SE SOLICITA UN ANÁLISIS DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE CAYSTON ["PAP DE CAYSTON"])**

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud, incluidos los ingresos del núcleo familiar, es completa y precisa. Entiendo que la asistencia del programa cancelará el PAP DE CAYSTON si el programa detecta cualquier fraude o si ya no se me receta el medicamento. Entiendo que completar esta solicitud no garantiza que cumpla los requisitos para recibir asistencia al paciente. Si recibo un producto gratuito mediante el PAP, certifico que no solicitaré un reembolso o crédito para esta receta a ninguna aseguradora, plan de salud o programa del gobierno. Si soy miembro de un plan de la Parte D de Medicare, no intentaré hacer pasar esta receta ni cualquier otro costo asociado como parte de mis gastos de bolsillo para los medicamentos recetados. Entiendo que el PAP DE CAYSTON se reserva el derecho de modificar el formulario de solicitud, modificar o interrumpir este programa, o cancelar la asistencia en cualquier momento sin previo aviso. Autorizo al PAP DE CAYSTON y a su administrador a reenviar esta receta a la farmacia distribuidora en mi nombre.

**Autorizo a Gilead y a su administrador externo a usar la información proporcionada en este formulario para obtener un informe de crédito personal sobre mí a fin de verificar la información de este formulario y determinar mi elegibilidad para el PAP.**

Firma del paciente/representante autorizado del paciente (Solo es obligatoria si se solicita un análisis de elegibilidad para el Programa de Asistencia al Paciente [PAP]).

<b>X</b> FIRMA:	FECHA:
Nombre del representante autorizado del paciente (si firma en nombre del paciente):	
Relación del representante autorizado del paciente con dicho paciente:	

**ENVIAR POR FAX EL FORMULARIO COMPLETO A CAYSTON ACCESS PROGRAM AL NÚM. 1-877-550-1705**

Cayston Access Program, 6931 Arlington Road, Suite 308, Bethesda, Maryland 20814  
(de lunes a viernes de 8AM a 8PM EST)

