

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

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.

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 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.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Genentech
A Member of the Roche Group

Access
Solutions

Genentech-Access.com

Teléfono: (866) 422-2377 Fax: (866) 480-7762

6 a.m.—5 p.m. (hora del Pacífico) L-V

M-US-00003776(v3.0)

Instrucciones para los Pacientes

Al completar este formulario, usted puede:



Obtener más información sobre la cobertura de su seguro médico y otras opciones para conseguir medicamentos de Genentech



Registrarse para recibir educación **opcional** sobre enfermedades y otros materiales

Siga estos 3 pasos para empezar:

1. Lea la “Autorización para Usar y Divulgar Información Personal” en la página 2.
2. Firme y feche la página 3. Tenga en cuenta que debe firmar el formulario para obtener asistencia con su tratamiento.
3. Envíe el formulario completo utilizando una de las opciones a continuación.

Genentech puede comenzar a darle asistencia cuando usted o el consultorio de su médico envíen la **página 3** de este formulario en una de las siguientes maneras:



Para completar en línea, escanee este código QR o visite Genentech-Access.com/PatientConsent



Imprímala, complétela, tome una fotografía y envíela por mensaje de texto al (650) 877-1111



Imprímala, complétela y envíela por fax al (866) 480-7762

Un representante de Genentech Access Solutions o del consultorio de su médico lo llamará para informarle sobre su cobertura, costos y la asistencia para su tratamiento.

Si tiene alguna pregunta, hable con su proveedor de atención médica o llame a Genentech Access Solutions al (866) 422-2377.

Terminología Útil

Genentech: El fabricante del medicamento que su médico quiere recetarle. Genentech se compromete a ayudar a los pacientes a obtener el medicamento que su médico les recetó. En este formulario, el término “Genentech” se refiere a Genentech, Genentech Patient Foundation y sus respectivos socios, afiliados, subcontratistas y agentes.

Genentech Access Solutions: Un equipo de Genentech que trabaja con su médico y su plan de seguro médico para ayudarle a obtener sus medicamentos.

Genentech Patient Foundation: Un programa que da medicamentos de Genentech gratis a personas elegibles que no tienen cobertura de seguro o que tienen problemas financieros.

Ingreso anual del hogar: La cantidad que usted y los miembros de su familia ganan actualmente cada año menos las deducciones específicas. Esto también se conoce frecuentemente como su ingreso bruto ajustado o AGI, por sus siglas en inglés. Esta información es necesaria y se utiliza solo para determinar la elegibilidad para Genentech Patient Foundation.

Tamaño del hogar: La cantidad de personas que viven en su hogar, incluyéndolo a usted.

Deducible: El monto que usted paga por servicios de atención médica o medicamentos de su bolsillo antes de que su plan de seguro médico comience a pagar.

Costos de bolsillo: La cantidad no pagada por el plan de seguro que usted debe pagar por su tratamiento. Esto incluye deducibles, copagos y coseguros.

Asistencia con los copagos: Programas financieros disponibles para ayudar a los pacientes elegibles a pagar sus medicamentos.

Contacto alternativo: Alguien que usted elige para que sea su persona de contacto en caso de que Genentech Access Solutions no pueda contactarlo.

Representante legalmente autorizado: Una persona o un funcionario judicial u otro organismo autorizado en virtud de la ley correspondiente para otorgar el consentimiento en nombre de un paciente (por ejemplo, un padre o el tutor legal de un menor).

Términos y Condiciones de Genentech Patient Foundation

- Si recibo medicamentos gratis de Genentech Patient Foundation, no los venderé ni distribuiré porque es ilegal. Soy responsable de asegurarme de que los medicamentos lleguen a una dirección segura cuando se me envíen, y debo controlar cualquier medicamento que reciba
- Comprendo que, a los fines de una auditoría, Genentech Patient Foundation podría solicitarme una copia del formulario 1040 del IRS u otro comprobante de ingresos

Autorización para Usar y Divulgar Información Personal

Autorizo a mi(s) médico(s) y su personal, a las farmacias y a mi plan de seguro médico (mis “proveedores de atención médica”) a compartir mi información personal, que podría incluir mi información de contacto, información demográfica, información financiera e información relacionada con mi afección, mis tratamientos, mi seguro médico y los beneficios, con Genentech, Genentech Patient Foundation y sus respectivos socios, afiliados, subcontratistas y agentes (en conjunto, “Genentech”). Autorizo a Genentech a recibir, usar y compartir mi información personal para permitirme acceder a los productos, servicios y programas descritos en este formulario, lo que podría incluir lo siguiente:

- Trabajar con mi plan de seguro médico para entender la cobertura de los productos Genentech
- Solicitar asistencia a Genentech Patient Foundation
- Determinar mi elegibilidad para servicios de asistencia financiera y facilitar mi inscripción a estos si reúno los requisitos, incluida la asistencia con los copagos
- Coordinar mis medicamentos recetados a través de una farmacia, un centro de infusión o el consultorio de un proveedor de atención médica. Esto incluye comunicarse conmigo para hablar sobre mi cobertura, mis costos y mi elegibilidad para recibir asistencia y otros fines administrativos del programa
- Facilitar mi acceso a los productos de Genentech
- Garantizar la calidad y la seguridad y mejorar nuestros productos y servicios
- Contactarse conmigo por correo postal, correo electrónico, llamadas telefónicas y mensajes de texto a las direcciones y los números que proporcioné sin fines de comercialización
- Si acepto el Consentimiento **opcional** de Información y Recursos del Paciente, brindarme información **opcional** sobre enfermedades y material de comercialización sobre productos, servicios y programas que ofrecen Genentech, sus socios y sus respectivos afiliados. Esto no es obligatorio para inscribirse en los servicios de Genentech Access Solutions
- Si acepto el Consentimiento **opcional** de la Ley de Protección del Usuario Telefónico (TCPA, por sus siglas en inglés), contactarme mediante llamadas automáticas o mensajes de texto a los números telefónicos que proporcioné con fines de comercialización. Esto no es obligatorio para inscribirse en los servicios de Genentech Access Solutions

Entiendo que Genentech también podría compartir mi información personal con los fines descritos en esta autorización con mis proveedores de atención médica, los proveedores de servicios y cualquier persona que yo designe como contacto alternativo. Entiendo que mi farmacia podría recibir un pago u otra remuneración por divulgar mi información personal conforme a esta autorización. Puedo decidir no firmar esta autorización, pero Genentech no podrá brindarme los servicios sin esta. Sin embargo, es posible que mis proveedores de atención médica no condicionen ni mi tratamiento ni mi pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios al firmar esta autorización.

También entiendo y acepto lo siguiente:

- Esta autorización tiene una validez de 6 años desde la fecha de mi firma o la fecha de mi última inscripción, lo que suceda primero, a menos que la ley exija un período menor, o que yo la revoque antes
- Mi información personal divulgada en virtud de esta autorización podría no continuar protegida por las leyes estatales y federales, entre otras, la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, HIPAA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, Genentech usará y compartirá mi información personal exclusivamente con los fines establecidos en esta autorización o según lo permita la ley
- Tengo derecho a revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito a: Genentech Access Solutions, 1 DNA Way, South San Francisco, CA 94080-4990. Si revoco esta autorización, ya no reuniré los requisitos para recibir los servicios descritos. Si un proveedor de atención médica divulga mi información personal a Genentech de forma continua y autorizada, mi revocación será válida en relación con dicho proveedor de atención médica cuando este reciba el aviso de mi revocación. Mi revocación no afectará el uso ni la divulgación de mi información personal que ya haya tenido lugar conforme a esta autorización
- La política de privacidad de Genentech (www.gene.com/es/politica-de-privacidad) contiene más información sobre mis derechos relativos a la privacidad, entre otros, los derechos específicos que podría tener como residente de ciertos estados, como California
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Genentech
A Member of the Roche Group

Access
Solutions

Genentech-Access.com

Teléfono: (866) 422-2377 Fax: (866) 480-7762

6 a.m.—5 p.m. (hora del Pacífico) L-V

Campo obligatorio (*) M-US-00003776(v3.0)

Información del Paciente (debe completarla el paciente o su representante legalmente autorizado)

***Nombre:** _____ ***Apellido:** _____

Teléfono fijo: (_____) - _____ Teléfono celular: (_____) - _____

¿Está bien que le dejen un mensaje detallado? Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____ / _____ / _____

Correo electrónico: _____ Idioma preferido: Inglés Español Otro: _____

Contacto Alternativo (opcional) Nombre completo: _____

Relación: _____ Teléfono: (_____) - _____

1 Elegibilidad Financiera: Complete esta sección **solo** si solicita asistencia a Genentech Patient Foundation

Al completar esta sección, acepto los Términos y Condiciones de Genentech Patient Foundation que se detallan en la página 1.

Tamaño del hogar (incluyéndolo a usted): _____ Ingreso anual del hogar: Menos de \$75,000

\$75,000 – \$100,000 \$100,001 – \$125,000 \$125,001 – \$150,000 Más de \$150,000

2 Consentimiento de Información y Recursos del Paciente (OPCIONAL)

Genentech ofrece educación **opcional** y gratuita sobre enfermedades y otros materiales para pacientes. Esto puede incluir información y materiales de comercialización sobre productos, servicios y programas que ofrecen Genentech, sus socios y sus respectivas filiales. Si se inscribe, es posible que se contacten con usted utilizando la información que proporcionó.

Al marcar esta casilla, acepto recibir materiales educativos **opcionales** sobre enfermedades y otros materiales. Entiendo que proporcionar este acuerdo es un acto voluntario y que no cumple ninguna función en la obtención de servicios ni medicamentos de Genentech Access Solutions. También entiendo que puedo optar por dejar de recibir esta información en cualquier momento llamando al **(877) 436-3683** y que este consentimiento seguirá activo a menos que lo dé de baja.

Consentimiento para Telephone Consumer Protection Act (Ley de Protección del Usuario Telefónico, TCPA, por sus siglas en inglés) (OPCIONAL)

Al marcar esta casilla, otorgo mi consentimiento para recibir mensajes de texto y llamadas de comercialización por marcado automático de Genentech, y en su nombre, al número de teléfono suministrado. Entiendo que el consentimiento no es un requisito para ninguna compra o inscripción. La frecuencia de los mensajes podría variar. Es posible que se apliquen tarifas por los mensajes y los datos. Puedo optar por dejar de recibir los mensajes en cualquier momento; para ello, debo enviar STOP por mensaje de texto o llamar al **(877) GENENTECH/(877) 436-3683**.

3 Al firmar este formulario, reconozco que la información suministrada es precisa y completa y entiendo y acepto los términos de este formulario. Mi firma certifica que he leído, entendido y aceptado divulgar y usar mi información personal conforme a la Autorización para Usar y Divulgar Información Personal y según lo establecido de otro modo en este formulario.

OBLIGATORIO

Firme y coloque la fecha aquí

***Firma del Paciente/Representante Legalmente Autorizado** _____ ***Fecha en que se firmó** _____
(Un padre o tutor debe firmar para los pacientes menores de 18 años de edad) (MM/DD/AAAA)

Persona que firma (si no es el paciente)

Nombre en letra de imprenta _____ Apellido en letra de imprenta _____ Relación con el paciente _____

Una vez que haya completado esta página (3/3), envíe un mensaje de texto con una foto de la página al (650) 877-1111 o por fax al (866) 480-7762. También puede completar este formulario en línea en Genentech-Access.com/PatientConsent.

Si este es un consentimiento electrónico, usted entiende que, al escribir su nombre y la fecha más arriba y al enviarlo o tomar una fotografía y enviarla, brinda su consentimiento de forma electrónica y que este tiene la misma validez que si lo hubiera firmado personalmente en papel. Genentech se reserva el derecho a rescindir, anular o modificar el programa en cualquier momento sin la necesidad de notificarlo previamente.