

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.

## Instrucciones para los Pacientes

### Al completar este formulario, puede:



Conocer su cobertura de seguro médico y otras opciones para recibir su medicamento de Genentech



Inscribirse para recibir formación opcional sobre la enfermedad y otro material

### Siga estos 3 pasos para comenzar:

1. Lea la “Autorización para Usar y Divulgar Información Personal” en las páginas 2 y 3.
2. Firme y feche la página 4. Tenga en cuenta que debe firmar el formulario para obtener apoyo para su tratamiento.
3. Envíe su formulario completado utilizando una de las siguientes opciones.

Genentech puede empezar a apoyarle cuando la consulta de su médico envíe la **página 4** de este formulario de una de las siguientes maneras:



Complete en línea escaneando este código QR o visitando [Genentech-Access.com/PatientConsent](https://www.genentech-access.com/PatientConsent)



Imprima, complete, tome una foto y envíela por mensaje de texto al **(650) 877-1111**



Imprima, complete y envíe por fax al **(866) 480-7762**

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

## Terminología Útil

**Genentech:** El fabricante del medicamento que su médico quiere recetar. Genentech se compromete a ayudar a los pacientes a obtener el medicamento que les recetó su médico. Cuando se utiliza en este formulario, “Genentech” se refiere a Genentech, la Genentech Patient Foundation y sus respectivos socios, filiales, subcontratistas y agentes.

**Genentech Access Solutions:** Un equipo de Genentech que trabaja con su médico y su plan de seguro médico para ayudarle a recibir su medicamento.

**Genentech Patient Foundation:** Un programa que proporciona medicamentos gratuitos de Genentech a personas que no tienen cobertura de seguro médico o que tienen problemas financieros y cumplen ciertos requisitos de elegibilidad.

**Ingresos netos del hogar:** Cuánto ganan actualmente al año usted y los miembros de su hogar menos las deducciones específicas. Esto también se conoce con frecuencia como sus ingresos brutos ajustados o AGI (Adjusted Gross Income). Esta información es necesaria para determinar la elegibilidad de Genentech Patient Foundation.

**Tamaño del hogar:** Cantidad de personas que viven en su hogar, incluido usted.

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

**Gastos de bolsillo:** La cantidad que el plan de seguro médico no paga y que usted debe pagar por sus tratamientos. Esto incluye primas, deducibles, copagos y coseguro.

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

**Contacto alternativo:** Alguien que elige para que sea su persona de contacto si Genentech Access Solutions no puede ponerse en contacto con usted. Un Contacto Alternativo no puede ser una persona asociada o un representante de su compañía de seguros, empleador, o un socio comercial de su compañía de seguros o empleador.

**Representante legalmente autorizado:** Una persona física o judicial u otro organismo autorizado en virtud de la legislación aplicable para dar su consentimiento en nombre de un paciente (p. ej., progenitor o tutor legal de un menor).

## Términos y Condiciones de Genentech Patient Foundation

- Si recibo medicamentos gratuitos de Genentech Patient Foundation, no venderé ni donaré el medicamento porque es ilegal hacerlo. Soy responsable de asegurarme de que el medicamento se envíe a una dirección segura cuando se me envíe, y de que controlo cualquier medicamento que reciba
- Entiendo que, para los fines de una auditoría, Genentech Patient Foundation puede pedirme una copia de mi formulario 1040 del IRS u otra prueba de ingresos
- Algunos planes de seguros y/o empleadores se asocian con organizaciones conocidas como programas de financiación alternativos. Dichos acuerdos requieren que los pacientes se apliquen a Genentech Patient Foundation como condición o requisito previo para la cobertura de los productos relevantes de Genentech. Estos programas de financiación alternativos incluyen SHARx, Paydhealth y Payer Matrix, entre otros. Pacientes cuyos planes de seguro y/o empleadores utilicen un programa de financiación alternativo no son elegibles para el apoyo de Genentech Patient Foundation
- Reconozco que, según mi leal saber y entender, ni mi plan de seguro ni mi empleador (1) me exigieron presentar una solicitud a Genentech Patient Foundation y/u (2) cambiaron u ocultaron mi cobertura de seguro de mi medicamento de Genentech para que yo pareciera estar insuficientemente asegurado y ser elegible para recibir el apoyo de Genentech Patient Foundation. No presento una solicitud a Genentech Patient Foundation en nombre de alguien cuyo plan de seguro y/o los socios del empleador tiene un programa de financiación alternativo. El Contacto Alternativo que figura en mi solicitud (si lo hay) no está asociado con un representante de mi compañía de seguros, empleador o socio comercial de mi compañía de seguros o empleador. Si posteriormente me entero de que mi plan de seguros y/o empleador utiliza un programa de financiación alternativo, me comprometo a informar inmediatamente a Genentech Patient Foundation y entiendo que ya no seré elegible para obtener el apoyo

## Autorización para Usar y Divulgar Información Personal

Autorizo a mi(s) médico(s) y a su personal, farmacias y plan de seguro médico (mis “proveedores de atención médica”) a compartir mi información personal, que puede incluir información de contacto, información demográfica, información financiera e información relacionada con mi afección médica, tratamientos, seguro médico y beneficios, con Genentech y sus respectivos socios, filiales, subcontratistas y agentes (en conjunto, “Genentech”). Autorizo a Genentech a recibir, utilizar y compartir mi información personal para proporcionarme acceso a los productos, servicios y programas descritos en este formulario, que pueden incluir lo siguiente:

- Trabajar con mi plan de seguro médico para comprender o verificar la cobertura de los productos Genentech
- Presentar una solicitud a Genentech Patient Foundation
- Determinar mi elegibilidad y facilitar la inscripción en servicios de asistencia financiera si soy elegible, incluida la asistencia de copago
- Coordinar mi receta a través de una farmacia, lugar de infusión y/o consulta del proveedor de atención médica. Esto incluye ponerse en contacto conmigo para hablar sobre mi cobertura, costos y elegibilidad para recibir asistencia y otros fines de administración del programa
- Facilitar mi acceso a los productos Genentech
- Garantizar la calidad y la seguridad y mejorar nuestros productos y servicios

## Autorización para Usar y Divulgar Información Personal (cont)

- Ponerse en contacto conmigo por correo postal, correo electrónico, llamadas telefónicas y mensajes de texto al/a los número(s) y dirección/direcciones proporcionados con fines no comerciales
- Si acepto el Consentimiento **opcional** para Recursos e Información para el Paciente, proporcionarme información **opcional** sobre la enfermedad y material de comercialización sobre productos, servicios y programas ofrecidos por Genentech, sus socios y sus respectivas filiales. No es necesario inscribirse en los servicios de Genentech Access Solutions
- Si acepto el consentimiento de la Ley de Protección del Consumidor Telefónico (TCPA, Telephone Consumer Protection Act) **opcional**, contactarme mediante llamadas automáticas y/o mensajes de texto en el/los número(s) de teléfono que he proporcionado con fines de comercialización. No es necesario inscribirse en los servicios de Genentech Access Solutions

Entiendo que esto incluirá compartir y utilizar información sobre mí que podría considerarse información personal confidencial, como afecciones médicas, pero que el uso de esta información por parte de Genentech es necesario para determinar si califico y para administrar los beneficios y servicios para los que estoy solicitando. Entiendo que Genentech también puede compartir mi información personal, incluida la información personal confidencial, para los fines descritos en esta autorización con mis proveedores de atención médica, proveedores de servicios y cualquier persona que pueda designar como contacto alternativo. Entiendo que mi farmacia puede recibir un pago u otra remuneración por divulgar mi información personal conforme a esta autorización. Puedo optar por no firmar esta autorización, pero Genentech no podrá proporcionarme los servicios sin ella. Sin embargo, mis proveedores de atención médica no pueden condicionar mi tratamiento o mi pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios al firmar esta autorización.

También entiendo y acepto que:

- Esta autorización es válida durante 6 años a partir de la fecha en que firmo o de la fecha en que me inscribí por última vez, lo que ocurra primero, a menos que la ley exija un período más corto, o la revoque antes
- Es posible que mi información personal divulgada en virtud de esta autorización ya no esté protegida por las leyes estatales y federales, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Sin embargo, Genentech solo utilizará y compartirá mi información personal para los fines indicados en esta autorización o según lo permita la ley
- Tengo derecho a revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a: Genentech Access Solutions, 1 DNA Way, South San Francisco, CA 94080-4990 o llamando al **(866) 422-2377**. Si revoco esta autorización, ya no calificaré para los servicios descritos. Si un proveedor de atención médica está divulgando mi información personal a Genentech de forma autorizada y continua, mi revocación será efectiva con respecto a dicho proveedor de atención médica cuando reciba una notificación de mi revocación. Mi revocación no afectará a los usos y divulgaciones de mi información personal que ya se hayan producido en función de esta autorización
- Puede encontrar más información sobre mis derechos de privacidad, incluidos derechos específicos que pueda tener como residente de ciertos estados, en la Política de Privacidad de Genentech ([www.gene.com/privacy-policy](http://www.gene.com/privacy-policy))
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

**Genentech**  
A Member of the Roche Group

Access  
Solutions

Descargado de NeedyMeds.org

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(v4.0)

## Información para el Paciente (a cumplimentar por el paciente o su representante legalmente autorizado)

**\*Nombre:** \_\_\_\_\_ **\*Apellido:** \_\_\_\_\_

Teléfono particular: ( ) - \_\_\_\_\_ Teléfono celular: ( ) - \_\_\_\_\_

¿Acepta que le dejemos 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: Completar **solo** si está aplicando a Genentech Patient Foundation

Al completar esta sección, acepto los Términos y Condiciones de Genentech Patient Foundation descritos en la página 2.

Tamaño del hogar (incluido usted): \_\_\_\_\_

Ingresos anuales del hogar: \_\_\_\_\_

2

### Consentimiento para Recursos e Información para el Paciente (OPCIONAL)

Genentech ofrece formación **opcional** y gratuita sobre la enfermedad y otro material para los pacientes. Esto puede incluir información y material de comercialización sobre productos, servicios y programas ofrecidos por Genentech, sus socios y sus respectivas filiales. Si se inscribe, es posible que se pongan en contacto con usted utilizando la información que a proporcionado.

Al marcar esta casilla, acepto recibir educación **opcional** sobre la enfermedad y otro material. Entiendo que proporcionar este acuerdo es voluntario y que no desempeña ningún papel en la obtención de los servicios de Genentech Access Solutions o mi medicamento y que puede ser necesario utilizar mi información personal confidencial para proporcionarme el material pertinente. También entiendo que puedo optar por no recibir esta información en cualquier momento llamando al (877) 436-3683 y que este consentimiento permanecerá activo a menos que opte por no recibirla.

### Consentimiento para la Ley de Protección del Consumidor Telefónico (TCPA) (OPCIONAL)

Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para recibir llamadas automáticas de comercialización y mensajes de texto de y en nombre de Genentech en el/los número(s) de teléfono que he proporcionado. Entiendo que el consentimiento no es un requisito para ninguna compra o inscripción. La frecuencia de los mensajes puede variar. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Puedo excluirme en cualquier momento enviando un mensaje de texto con la palabra STOP o llamando al (877) GENENTECH/(877) 436-3683.

3

Al firmar este formulario, reconozco que he proporcionado información precisa y completa y que entiendo y acepto los términos de este formulario. Mi firma certifica que he leído, comprendido y acepto la divulgación y el uso de mi información personal, incluida la información personal confidencial, de conformidad con la Autorización para Usar y Divulgar Información Personal y según se indique en este formulario.

**OBLIGATORIO**

Firme y fecha aquí

**\*Firma del Paciente/Representante Legalmente Autorizado**

(Un progenitor o tutor debe firmar para los pacientes menores de 18 años)

**\*Fecha de la firma**

(MM/DD/AAAA)

Persona que firma  
(si no es paciente)

Nombre en letra de imprenta

Apellido en letra de imprenta

Relación con el paciente

**Una vez completada esta página (4/4), envíe una foto de la página al (650) 877-1111 o envíela por fax al (866) 480-7762.**

También puede completar este formulario en línea en **Genentech-Access.com/PatientConsent**.

Si se trata de un consentimiento electrónico, usted entiende que al escribir su nombre y fecha arriba y enviar, o tomar una foto y enviárnosla, usted está otorgando su consentimiento electrónicamente y que tiene la misma fuerza y efecto que si estuviera firmando en persona en papel. Genentech se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar el programa sin previo aviso en cualquier momento.