

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.



Por favor revise la información de inscripción que se muestra abajo. Complete el formulario llenando la información faltante. Haga cualquier corrección necesaria escribiendo junto a la información provista.

Fecha:	¿Cuánto puede pagar por su medicamento? <i>Usted puede ser responsable por los gastos restantes que Good Days no cubra.</i>		
ID or SSN:			
INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre del paciente:			Fecha de nacimiento:
Contacto alternativo:			Parentesco:
Dirección de correo:			Teléfono casa:
			Celular:
			Teléfono trabajo: Ext:
Correo electrónico:			
INFORMACIÓN DE INGRESOS			
Ingreso anual del hogar:			Número de habitantes en el hogar:
INFORMACIÓN DEL MÉDICO			
Nombre del médico:			Teléfono del médico:
Dirección de oficina: <i>(si conocido)</i>			NPI del médico:
INFORMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico:			
Medicamento:			
Farmacia:	Dirección de Farmacia o Teléfono: <i>(si conocido)</i>		
INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO PRINCIPAL			
Nombre del seguro:			
ID#:	# de Grupo:	Teléfono:	
INFORMACIÓN DE TARJETA DE MEDICAMENTOS			
Nombre del seguro:	ID#		
BIN	PCN:	Teléfono:	
¿Este plan de seguro está financiado por Medicare o fondos federales o estatales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(marque con un círculo la respuesta)</i>			

******ESTA PÁGINA SE DEBE DEVOLVER******

2611 Internet Blvd, Suite 105 Frisco, TX 75034
877-968-7233 • Fax 214-570-3621 • www.mygooddays.org

Datos privados y confidenciales

*Diagnósticos de cáncer metastásico:

Para participantes de un fondo de cáncer metastásico: Si su médico le ha recetado un medicamento para tratar su cáncer metastásico que no forma parte del formulario de Good Days por favor comuníquese con nosotros. Es posible que podamos cubrir los gastos del medicamento recetado si recibimos documentación adicional mostrando que el medicamento cumple los criterios. Para nuestros fondos de cáncer metastásico, Good Days cubrirá todos los medicamentos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) para el tratamiento del tipo de cáncer que es la base del fondo al cual usted ha sido aceptado. Por ejemplo, si usted tiene cáncer de mama metastásico, Good Days cubrirá todos los medicamentos aprobados por la FDA para tratar cáncer de mama, y no sólo los que la FDA aprueba expresamente para la etapa metastásica del cáncer de mama.

Declaración:

Usted declara y certifica ante Good Days y sus agentes que la información proporcionada en su solicitud es completa y precisa. Usted entiende y da su consentimiento para que su información financiera reportada sea verificada por una auditoría según Good Days lo considere necesario. Good Days y sus agentes terceros autorizados, tales como las compañías de monitoreo de crédito, pueden usar su información demográfica, incluyendo entre otros, su número de seguro social, fecha de nacimiento, nombre y dirección para calcular sus ingresos en conjunto con el proceso de elegibilidad. Usted entiende que Good Days, y sus agentes terceros autorizados, se reservan el derecho de solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento. Como se trata de un estudio de crédito superficial, su puntuación de crédito no se verá afectada.

Además, entiende que cualquier información falsa o incompleta proporcionada por usted a Good Days podría perjudicar en gran medida su proceso de solicitud, a Good Days, su reputación y su estado de exención de impuestos. Usted también entiende que cualquier ayuda financiera proporcionada a usted por Good Days puede ser recuperada, si Good Days tiene conocimiento de cualquier información incorrecta o actividad fraudulenta relacionada con su solicitud o la asistencia que se le proporciona. Usted comprende que es libre de cambiar en cualquier momento de proveedores, médicos, suministradores o tratamientos para su diagnóstico dentro del formulario del Good Days sin perjudicar su oportunidad de participación para seguir recibiendo asistencia. Usted entiende que no se le garantiza ni se le promete asistencia. Cualquier asistencia que Good Days pueda proporcionar está limitada a los términos y condiciones establecidos por Good Days. Good Days se reserva el derecho en cualquier momento, y por cualquier motivo sin previo aviso, a modificar los criterios de elegibilidad o modificar o interrumpir cualquier asistencia.

Limitación de responsabilidad:

Usted acepta que Good Days, nuestros patrocinadores, y nuestros donadores no son responsables de cualquier daño de cualquier tipo, sin limitación, resultante de o en conexión con que usted reciba asistencia financiera, exención de copago, u otros beneficios o servicios adicionales brindados como parte de este programa.

Certificación del paciente:

Usted acepta ser totalmente responsable en tomar el medicamento por el cual está recibiendo ayuda financiera de acuerdo a las instrucciones del médico. Al firmar abajo usted acepta que ha leído, comprendido y está de acuerdo en adherirse a las declaraciones anteriores.

Firma de la Persona o del representante de la Persona

Fecha

Escriba el nombre del representante de la Persona: (Si aplica)

Representante Autorizado o
Autoridad para Actuar (Si
aplica)

******ESTA PÁGINA SE DEBE DEVOLVER******

2611 Internet Blvd, Suite 105 Frisco, TX 75034
877-968-7233 • Fax 214-570-3621 • www.mygooddays.org
Datos privados y confidenciales

Términos del consentimiento relativo a la divulgación de su información personal:

Para que reciba asistencia a través de Good Days, usted autoriza a sus médicos, farmacias y compañías de seguros a divulgar su información personal a Good Days y a sus contratistas, empleados, agentes y otros representantes. Además, autoriza a Good Days a utilizar y divulgar su información personal a agentes de Good Days, terceros que actúen en su nombre, compañías de monitoreo de crédito o a cualquiera de sus proveedores de atención médica.

Su información personal puede incluir, entre otros, su nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento, número de seguro social, estado y números del seguro, cantidad de asistencia financiera asignada y entregada, información de diagnóstico e información de tratamiento.

Usted acepta la divulgación de su información personal para los siguientes propósitos: (i) para permitir que Good Days determine si es elegible y califica para asistencia financiera para cualquier medicamento; (ii) para permitir que Good Days le brinde asistencia financiera para su(s) medicamento(s); (iii) para referirlo o determinar su elegibilidad para otros programas, fundaciones o fuentes alternativas de fondos o cobertura para sus costos, productos y servicios de atención médica; (iv) para facilitar la auditoría o evaluación de las operaciones de Good Days; y (v) para permitir que Good Days administre sus programas de asistencia al paciente.

Usted entiende que su información personal que es divulgada puede ser divulgada nuevamente por el receptor y ya no estará protegida por las normas y leyes federales o estatales de privacidad. Usted acepta que Good Days vuelva a validar su información personal. Usted acepta que Good Days divulgue por medios electrónicos su información personal a terceros según lo permita o exija la ley.

Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento mediante el envío de una carta de revocación firmada al encargado de la privacidad de Good Days, a la siguiente dirección: Privacy Officer, 2611 Internet Blvd, Suite 105 Frisco, TX 75034 o por fax al siguiente número de fax: (214) 570-3636. La revocación de este consentimiento no tendrá ningún efecto para las acciones que Good Days haya tomado conforme al consentimiento antes de que recibiera notificación de su revocación. Si revoca este consentimiento, no podrá recibir asistencia futura a través de Good Days. Sin embargo, sus proveedores de atención médica y compañías de seguros que correspondan, que divulgan la información a Good Days, no pueden condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a que si la persona firma este consentimiento.

Este consentimiento caduca seis años después de la fecha en que recibió la última asistencia de Good Days, si no se revoca antes.

Firma de la Persona o del representante de la Persona

Fecha

Escriba el nombre del representante de la Persona: (Si aplica)

Representante Autorizado o Autoridad para Actuar (Si aplica)

******ESTA PÁGINA SE DEBE DEVOLVER******

VISITE LA PAGINA WWW.MYGOODDAYS.ORG/APPLY PARA IMPRIMIR UNA COPIA DEL CONSENTIMIENTO

2611 Internet Blvd, Suite 105 Frisco, TX 75034
877-968-7233 • Fax 214-570-3621 • www.mygooddays.org
Datos privados y confidenciales