

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 1-888-602-2987 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.

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE MERCK

Envíe los formularios completados y FIRMADOS a: Programa de asistencia al paciente de Merck, PO Box 690, Horsham, PA 19044-9979

Para consultas, llame al 800-727-5400

**EL PACIENTE DEBE COMPLETAR ESTE LADO DEL FORMULARIO Y FIRMAR EN AMBOS LUGARES DONDE HAY UN  FIRMAR**  
**SECCIÓN 1: COMPLETE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE A CONTINUACIÓN. ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE.**

Use un bolígrafo azul o negro

Nombre del paciente  Residente de los EE. UU.\*  Sí  No \*No es necesario ser ciudadano estadounidense.

Apellido

Dirección

Ciudad  Estado

Teléfono    Fecha de nacimiento

N.º de apartamento

Código postal

Proporcione una dirección de correo electrónico si desea recibir un acuse de recibo del formulario de inscripción

Escriba el ingreso anual bruto actual del hogar a continuación. (Antes de los impuestos)

Ingreso anual total \$

Número de integrantes del grupo familiar (incluido el paciente)

¿Tiene seguro u otra cobertura de fármacos de venta con receta? Sí  No


Medicare  Medicaid  Medicare Parte D  Otro

Deseo que mi medicamento se envíe a:  Mi casa  El consultorio de mi médico

Otra dirección: \_\_\_\_\_


## Declaraciones y autorización del solicitante

Certifico que toda la información proporcionada en esta aplicación, incluida la información sobre el ingreso familiar, es completa y precisa. Entiendo que la asistencia del programa se dará por terminada si el programa se entera de algún fraude o si ya no se me receta este medicamento. Entiendo que llenar esta aplicación no garantiza que calificaré para este programa. Certifico que no puedo pagar por este medicamento. Certifico que no solicitaré un reembolso ni un crédito por este medicamento a una aseguradora, a un plan de salud ni a un programa gubernamental. Si soy miembro de un plan Medicare Parte D, no solicitaré que este medicamento, o algún costo relacionado con él sean contabilizados como parte de mi desembolso por fármacos con receta. Entiendo que el Programa de Asistencia al Paciente de Merck (PAP) se reserva el derecho de modificar el formulario de solicitud, modificar o discontinuar este Programa, o finalizar la asistencia en cualquier momento y sin aviso previo. Comprendo que el PAP de Merck se reserva el derecho de realizar auditorías periódicas y de solicitar la documentación para verificar la información proporcionada en esta aplicación. Autorizo al PAP de Merck y a sus filiales a enviar la receta a una farmacia distribuidora de medicamentos en mi nombre. El PAP de Merck no actúa como una farmacia distribuidora de medicamentos. El PAP de Merck no es responsable por la verificación de la información contenida en la Sección 2, lo que incluye, entre otros, alergias, afecciones médicas u otros medicamentosos que yo tome. Con respecto a esta solicitud, entiendo que solo la farmacia distribuidora será responsable de la información en la Sección 2 de este formulario de inscripción. Comprendo que la asistencia recibida a través del PAP de Merck no constituye un seguro.

 **Firma original del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha**

## Autorización del solicitante para el uso y la divulgación de información médica personal

Al firmar a continuación, autorizo que mi proveedor de atención médica y a mi(s) plan(es) de salud, incluido Medicare, a divulgar al Programa de Asistencia al Paciente de Merck y otras personas involucradas en la administración del Programa de Asistencia al Paciente de Merck (en forma colectiva, el "PAP") mi información médica personal, incluida la información proporcionada por mi proveedor de atención médica en el formulario de inscripción de PAP y demás información relacionada con mi participación en el PAP (colectivamente, "mi información") de modo tal que el PAP pueda usar la información para (i) evaluar mi elegibilidad para el PAP, (ii) proporcionarme asistencia del PAP, (iii) administrar el PAP, (iv) monitorear y auditar la implementación y efectividad del PAP, acceder a este y evaluarlo; y (v) comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico, teléfono o fax para fines relacionados con el PAP, incluso como parte de las auditorías del PAP y para solicitar información adicional de mí. Autorizo al PAP a usar mi información para los fines mencionados anteriormente, así como a divulgar mi información a los auditores del PAP y a mi(s) plan(es) de salud, incluido Medicare, de modo que pueda recibir asistencia de PAP si soy elegible. Comprendo que mi información, una vez divulgada en virtud de esta autorización, puede no estar ya protegida por las leyes federales y podría ser divulgada nuevamente a otras personas, pero también comprendo que el PAP pretende usar y divulgar mi información únicamente para los fines establecidos en este documento. Comprendo que no estoy obligado a firmar esta Autorización con el fin de recibir atención médica o beneficios de seguro, pero que si no firmo la Autorización, no podré obtener la asistencia del PAP. Además, entiendo que puedo cancelar la autorización en cualquier momento enviando un aviso de cancelación por escrito y por correo postal a: Programa de Asistencia al Paciente de Merck, PO Box 690, Horsham, PA 19044. Comprendo que, si decido cancelar la autorización, esto no invalidará los usos y las divulgaciones de mi información realizadas en función de la autorización antes de que el PAP recibiera mi aviso de cancelación. Si no la cancelo, la autorización permanecerá vigente durante 15 meses desde la fecha de mi firma a continuación (o durante el período máximo permitido por las leyes estatales aplicables, si es por menos de 15 meses). He leído este documento o me lo han explicado. Comprendo que puedo solicitar una copia de esta autorización una vez que se haya firmado.

 **Firma original del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha**

**EL MÉDICO/PROFESIONAL QUE RECETA EL FÁRMACO DEBE COMPLETAR ESTE LADO DEL FORMULARIO Y FIRMAR AMBOS LUGARES CON UN SECCIÓN 2: COMPLETE LA RECETA Y LA INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO A CONTINUACIÓN. ESCRIBA EN LETRA LEGIBLE EN MAYÚSCULAS (ingresar solo 1 medicamento de Merck por línea).**

FIRMAR

Use un bolígrafo azul o negro

**ESTE ES EL MEDICAMENTO DE VENTA CON RECETA. NO ENVÍE UNA RECETA POR SEPARADO DE ESTA SOLICITUD.\***

Nombre del paciente

Apellido

Fecha de nacimiento

M M D D A A A A

Medicamento 1 \_\_\_\_\_ Concentración \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Instrucciones \_\_\_\_\_ Reposición \_\_\_\_ (1, 2, o 3) veces

Medicamento 2 \_\_\_\_\_ Concentración \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Instrucciones \_\_\_\_\_ Reposición \_\_\_\_ (1, 2, o 3) veces

Medicamento 3 \_\_\_\_\_ Concentración \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Instrucciones \_\_\_\_\_ Reposición \_\_\_\_ (1, 2, o 3) veces

Medicamento 4 \_\_\_\_\_ Concentración \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Instrucciones \_\_\_\_\_ Reposición \_\_\_\_ (1, 2, o 3) veces

Medicamento 5 \_\_\_\_\_ Concentración \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Instrucciones \_\_\_\_\_ Reposición \_\_\_\_ (1, 2, o 3) veces

N.º de licencia de estado del médico/profesional que receta el fármaco \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento de la licencia: \_\_\_\_\_

FIRMAR  Entregar como se escribe: **Firma del médico/profesional que receta el fármaco** \_\_\_\_\_ (No podemos aceptar sellos para firmas)

ALERGIAS:  Ninguna  Aspirina  Codeína  Iodina  Penicilina  Sulfa  Otra \_\_\_\_\_

AFECCIONES MÉDICAS:  Ninguna  Asma  Glaucoma  Cardíaca  Presión arterial alta  Úlcera  Otra \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE TOMA ACTUALMENTE \_\_\_\_\_

**\*NOTA: TODAS LAS RECETAS DE SUSTANCIAS CONTROLADAS SE DEBEN REALIZAR POR SEPARADO Y NO EN EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN.**

**SECCIÓN 3: EL MÉDICO/PROFESIONAL QUE RECETA EL FÁRMACO DEBE COMPLETAR, FIRMAR Y COLOCAR LA FECHA.**

Nombre del médico  Iniciales del segundo nombre

Apellido del médico

Denominación profesional

Nombre del establecimiento/Centro

Dirección postal (no se permiten casillas postales) \_\_\_\_\_

Dirección

Suite/Edificio/Piso

Ciudad  Estado  Código postal

Teléfono de la oficina    Ext.

Fax seguro

Nombre de contacto del consultorio \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

**Declaración del médico/profesional que receta el fármaco**

Certifico que este medicamento de venta con receta es médicamente apropiado para este paciente y que supervisaré los tratamientos del paciente. Verifico que la información provista es completa y exacta a mi leal saber y entender. Autorizo al PAP de Merck, sus compañías afiliadas o sus subcontratistas a reenviar esta receta a una farmacia de distribución, en mi nombre y el de mi paciente. Entiendo que el PAP de Merck se reserva el derecho de modificar o discontinuar este programa en este centro/clínica, o de finalizar la asistencia en cualquier momento y sin aviso previo. Certifico que no solicitaré un reembolso ni un crédito por este medicamento a una aseguradora, a un plan de salud ni a un programa gubernamental. Comprendo que el PAP de Merck se reserva el derecho de realizar auditorías periódicas y de solicitar la documentación para verificar la información proporcionada en esta aplicación, en lo que respecta a Merck PAP para los fines de determinar la elegibilidad del paciente.

FIRMAR **Firma original del médico/profesional que receta el fármaco** \_\_\_\_\_ Fecha

M M D D A A A A