

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 1-888-602-2987 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.

NOTA al proveedor de atención médica: El paciente y el proveedor de atención médica deben completar todas las secciones antes de presentar (o enviar por fax) el documento para revisión de la elegibilidad.

Nombre del paciente (nombre, apellido) _____

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL AUTORIZADO QUE RECETA MEDICAMENTOS

(El proveedor de atención médica debe completar las Secciones 2 y 3.)

Nombre, Apellido	[Grid]																							
Práctica/Nombre de la clínica	[Grid]																							
Dirección	[Grid]																		Estado/Flr	[Grid]				
Ciudad	[Grid]												Estado	[Grid]		Código postal	[Grid]							

Nota: La dirección que usted proporcionó anteriormente será a la que Merck enviará las dosis de reemplazo.

Tipo de profesional autorizado que receta medicamentos: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera practicante <input type="checkbox"/> Asociado médico <input type="checkbox"/> Personal de enfermería obstétrica titulado	
Número de licencia del estado: # _____ (debe estar activo y ser válido)	
Fecha de vencimiento: _____	

Persona de contacto del consultorio: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Horario de administración de la instalación (día/horarios): _____

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Nombre del fármaco de la vacuna de Merck: _____ Número del código nacional del medicamento (National Drug Code, NDC): _____

Indique el número de dosis del paciente inscrito para esta vacuna de Merck: N.º de dosis 1 N.º de dosis 2 N.º de dosis 3

¿Ya administró esta dosis? Sí No

Merck reemplazará las dosis de las vacunas administradas a los pacientes aprobados a través de envíos mensuales al profesional autorizado que receta medicamentos. [Notas: Merck se reserva el derecho de seleccionar jeringas precargadas o viales para las dosis de reemplazo, que pueden o no ser las mismas que se administraron a los pacientes aprobados.]

<p>Para completar después de que la aplicación sea aprobada por un representante del Programa de asistencia al paciente para las vacunas de Merck</p> <p>Número de confirmación: n.º _____</p> <p>Fecha de administración: ____/____/____ N.º de lote de vacuna de Merck: n.º _____</p> <p>IMPORTANTE: El número de confirmación es válido por 30 días. Si la dosis de la vacuna no se administra al paciente elegible dentro de los 30 días siguientes al momento en que se otorgó, el paciente debe presentar una nueva solicitud. El consultorio debe proporcionar la fecha de administración y número de lote al Programa de asistencia al paciente para las vacunas de Merck para todas las dosis aprobadas de la vacuna con el fin de proporcionar el producto de reemplazo.</p>
--

DECLARACIONES DEL PROFESIONAL AUTORIZADO QUE RECETA MEDICAMENTOS

Verifico que la información proporcionada en esta solicitud está completa y es exacta. Comprendo que el paciente debe ser parte de la población para la cual la administración de la vacuna está indicada y certifico que el paciente tiene indicación médica para esta vacuna. Comprendo que el paciente debe reunir los requisitos financieros y cumplir con los criterios del programa para ser apto para recibir asistencia. Se considera que el producto administrado al paciente mencionado anteriormente en las fechas que se indicaron antes es una donación para el paciente del Programa de asistencia al paciente para las vacunas de Merck. También entiendo que el producto que recibo no es una muestra, sino un reemplazo del producto que compré previamente. También comprendo que no recibiré reembolso alguno por parte de Merck & Co., Inc., ya sea por las cuotas de administración u otras. No buscaré reembolso por la administración de la vacuna de ninguna aseguradora pública. Además, ninguna fuente ha buscado ni buscará el reembolso del costo del producto administrado al paciente mencionado anteriormente en las fechas que se indicaron antes.

Comprendo que Merck & Co., Inc., se reserva el derecho de realizar auditorías periódicas de los registros de todas las entidades que reciben los reemplazos de inventario en relación con el Programa de asistencia al paciente para las vacunas de Merck. Acepto que se dará un aviso razonable y se realizarán auditorías durante los horarios habituales. Declaro y garantizo que este centro ha obtenido todas las autorizaciones, consentimientos y notificaciones necesarias para cumplir con las leyes y reglamentaciones federales y estatales que se relacionen de cualquier modo con la privacidad médica o de la salud, incluyendo aunque no limitándose a la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA), codificada en las partes 160 y 164 del título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR) y sus modificaciones futuras.

Mi firma a continuación confirma que el producto de la vacuna se le proporcionará sin cargo a esta persona. Verifico que la información provista en esta aplicación es completa y exacta a mi leal saber y entender. Acepto que se conserve una copia de este formulario en los registros del centro y que se ponga a disposición del Servicio de Impuestos Internos a solicitud.

FIRMAR Firma original del profesional autorizado que receta medicamentos: _____ Fecha: _____
(No se aceptan sellos)