

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.



AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA Y COMUNICACIONES DE MIRUM

P.O. Box 4487, St. Louis, MO 63006

Teléfono: 1-855-MRM-4YOU | 1-855-676-4968 | Fax: 1-855-282-4884 | Lunes a viernes: 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este

Devuelva el formulario completado a P.O. Box 4487, St. Louis, MO 63006 o por fax al 1-855-282-4884. También puede devolver este formulario de consentimiento a su médico para que lo envíe por fax en su nombre.

Autorización para compartir información médica protegida

Al firmar esta autorización, yo (o mi representante) autorizo a mis proveedores de atención médica, planes de salud y farmacias (en conjunto, "Organizaciones de Atención de la Salud") a usar y compartir mi información personal y médica relacionada con mi afección médica, tratamiento y cobertura del seguro (mi "Información Médica") con Mirum Pharmaceuticals, Inc., sus filiales, agentes y representantes (en conjunto, "Mirum") (i) para que se comuniquen conmigo o con mis organizaciones de atención de la salud, u otras personas identificadas por mí, acerca de mi enfermedad o tratamiento; (ii) para que trabajen con mi aseguradora y otras posibles fuentes de financiación para tratar de ayudarme a conseguir la cobertura, el reembolso o el pago del medicamento solicitado por mi médico que emite la receta; (iii) para que me deriven e inscriban en programas de apoyo al paciente y/o de asistencia financiera; (iv) para que trabajen con terceros para proporcionar recursos comunitarios y derivaciones; (v) para que me proporcionen materiales, información y servicios relacionados con mi terapia farmacológica y formas de ayudarme a mantener mi tratamiento recetado; (vi) con fines de investigación de mercado; (vii) para que mejoren, desarrollen y evalúen productos, servicios, programas o tratamientos relacionados con mi enfermedad; (viii) para que usen datos agrupados anonimizados para investigaciones o publicaciones; o (ix) según lo exija o permita la ley. Entiendo que, una vez divulgada de conformidad con esta autorización, mi información de salud puede dejar de estar protegida por las leyes federales o estatales, y podría divulgarse a otros; pero entiendo que Mirum hará todo lo razonablemente posible para mantenerla privada y revelarla solo con los fines establecidos en esta autorización. Entiendo que se le puede pagar a mi farmacia para que comparta mi información con Mirum según lo permitido en virtud de esta autorización.

Comunicaciones de Mirum

Autorizo a Mirum a comunicarse conmigo por correo postal, teléfono (incluido correo de voz) o correo electrónico con fines educativos y de comercialización, lo que incluye comunicarse conmigo con fines de investigación de mercado sobre terapias de Mirum o sobre Mirum. Entiendo y acepto que Mirum puede utilizar cualquier información proporcionada por mí para ayudar a desarrollar nuevos productos, servicios y programas.

Acepto que entiendo que mi autorización es voluntaria y que ni Mirum ni ninguno de mis proveedores de atención médica, planes de salud ni farmacias pueden condicionar mi tratamiento, pago del tratamiento, inscripción o elegibilidad para beneficios, incluida mi elegibilidad para recibir productos de Mirum, al hecho de que proporcione o no mi autorización. Sin embargo, si no doy mi autorización, no podré recibir los servicios y el apoyo de Mirum descritos anteriormente. Entiendo que esta autorización seguirá siendo válida durante 10 años después de la fecha que se establece a continuación o en una fecha anterior según lo exija la ley aplicable, a menos que la revoque antes cancelando mi inscripción por escrito, lo cual puedo hacer en cualquier momento comunicándome con el representante de Mirum en privacy@mirumpharma.com.

Entiendo que mi cancelación no se aplicará al uso o divulgación de mi información de salud realizados por parte de mis proveedores de atención médica, planes de salud o farmacias antes de que reciban el aviso de mi cancelación. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Nombre y apellido, en letra de imprenta, del paciente _____

Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA) _____

Nombre, en letra de imprenta, del representante autorizado del paciente (si corresponde) _____

Firma del paciente o del representante autorizado del paciente _____

Si es el representante, relación con el paciente:

Padre/Madre/Tutor legal Representante por poder notarial Cónyuge

Fecha _____

