

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.

SOLICITUD PARA MYABBVIE ASSIST

Refiérase a la Página 5 para la lista de medicamentos

myAbbVie Assist provee medicamentos gratuitos a pacientes que califican. Revisamos las solicitudes por caso individual. La participación en nuestro programa es gratuita; no cobramos nada a las personas que solicitan nuestra asistencia.

LISTA DE COTEJO PARA SOMETER UNA SOLICITUD

SI USTED ES EL MÉDICO, COMPLETE LA PÁGINA 2

- **SECCIÓN 1:** Información del médico
- **SECCIÓN 2:** Información del paciente
- **SECCIÓN 3:** Información del producto – Escoja el medicamento de la lista en la página 5.
 - Si está solicitando asistencia para otro medicamento de AbbVie, visite www.AbbVie.com/myAbbVieAssist para ver la lista de los medicamentos disponibles y sus solicitudes para asistencia.
- **SECCIÓN 4:** Certificación del médico y la firma

SI ES UN PACIENTE COMPLETE LA PÁGINA 3. LEA LA PÁGINA 4

- **SECCIÓN 5:** Información del paciente
- **SECCIÓN 6:** Información financiera
 - Incluya documentación financiera de todos en el hogar. Es preferible que incluya copia de su declaración de impuestos federales actual. Marque el recuadro en la Sección 8 para que podamos revisar su solicitud con rapidez.
- **SECCIÓN 7:** Información del seguro
 - Si tiene seguro médico, incluya copia por ambos lados de todas las tarjetas del seguro.
 - Si tiene cubierta de seguro, incluya una lista de lo que desembolsa por concepto de gastos médicos o medicamentos. Si usa múltiples medicamentos, puede ser útil la evidencia escrita de su farmacia. Esta información nos ayudará a revisar su elegibilidad para nuestro programa.
- **SECCIÓN 8:** Consentimiento y firma del paciente
 - Lea cuidadosamente la autorización de HIPAA, los términos de participación y la notificación de privacidad del paciente en la Sección 10 en la Página 4.
 - Marque el recuadro en la Sección 8 para autorizarnos a verificar su ingreso de manera electrónica y poder revisar su solicitud con mayor rapidez.
 - Confirme que ha entendido nuestra política de privacidad proveyendo su firma y fecha en la SECCIÓN 8.
- **SECCIÓN 9:** Permiso adicional para propósitos del programa (Opcional)

Guarde una copia para sus expedientes.

ENVÍE POR FAX O CORREO LA SOLICITUD COMPLETADA Y LA DOCUMENTACIÓN A:

myAbbVie Assist
PO Box 270
Somerville, NJ 08876

Teléfono: 1-800-222-6885
Fax: 1-866-898-1473

Una vez se revise la solicitud completada, le notificaremos al paciente y al médico sobre la elegibilidad. De aprobarse, enviaremos el medicamento a la oficina médica. La mayoría de los productos pueden enviarse a la casa del paciente de solicitarlo. Llame al 1-800-222-6885 para solicitar una repetición. Comuníquese con nosotros al 1-800-222-6885 de lunes a viernes para asistencia adicional.

AbbVie Assist es ofrecido por AbbVie Inc. y AbbVie Patient Assistance Foundation, una entidad legal separada de AbbVie Inc.

SOLICITUD PARA MYABBBVIE ASSIST

Refiérase a la Página 5 para la lista de medicamentos

PO BOX 270, Somerville, NJ 08876 TELÉFONO: 1-800-222-6885 FAX: 1-866-898-1473

1 PRESCRIBER INFORMATION

Prescriber Name: _____ MD DO Other: _____ Specialty: _____

Office Name: _____ Office Contact Name: _____

Address: _____ City/State/Zip: _____

NPI: _____ Phone: _____ Fax: _____

SLN: _____ SLN Expiration Date: _____

For additional information on how AbbVie processes your personal information, please visit www.abbvie.com/privacy.html.

2 PATIENT INFORMATION

My patient's insurance denied coverage for the requested medication. Please include denial documentation.

Patient's Name: _____ **DOB:** _____

No known allergies Allergies (Please list): _____

No other medications Other Medications (Please list): _____

3 MEDICATION REQUESTED: MUST BE COMPLETED BY A LICENSED PRESCRIBER

Please choose medication from listing located on Page 5 and write in below.

MEDICATION	STRENGTH	QUANTITY	DIRECTIONS	REORDERS/ REFILLS
				<input type="checkbox"/> 1 year <input type="checkbox"/> Other: _____
				<input type="checkbox"/> 1 year <input type="checkbox"/> Other: _____

Please check to have medication shipped to patient's home: *New York Prescribers; prescription form must be included. Submit prescriptions according to your specific State Laws, Rules and Regulations.*

4 PRESCRIBER PLEASE SIGN AND DATE • PRESCRIBER MUST MANUALLY SIGN BELOW
 RUBBER STAMPS, SIGNATURE BY OTHER OFFICE PERSONNEL OR COMPUTER-GENERATED IMAGES ARE NOT ACCEPTED

PRESCRIBER SIGNATURE X **DATE:** _____

AND DATE: Substitution Permitted Dispense as Written

I verify that the information provided is current, complete and accurate to the best of my knowledge. myAbbVie Assist reserves the right to request additional information if needed and to change or discontinue the program at any time, without notice. I shall not seek reimbursement for any medication dispensed hereunder from any government program or third party, including patient, nor will I sell, trade or distribute any such medication. I also understand that the applicant's acceptance into the program should not influence treatment decisions. By signing this form, I authorize the program and its representatives to transmit this prescription form electronically, by facsimile, or by mail to a pharmacy designated by the program for the dispensing of the medication called for herein. I understand that I may not delegate signature authority. I certify that treatment with this medication is medically necessary.

Para la Información de prescripción completa, visite www.rxabbvie.com

SOLICITUD PARA MYABBVIE ASSIST

Refiérase a la Página 5 para la lista de medicamentos
 PO BOX 270, Somerville, NJ 08876 TELÉFONO: 1-800-222-6885 FAX: 1-866-898-1473

5 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Núm. de SS (últimos cuatro dígitos solamente): _____ Si no tiene número de SS, marque aquí:

Dirección postal: _____ Pueblo/Estado/Código postal: _____
 Dirección de envío (No P.O. Box) _____ Pueblo/Estado/Código postal: _____

Teléfono de preferencia: Celular Trabajo Casa Teléfono de preferencia: Celular Trabajo Casa

Marque el recuadro para mensajes de Móvil: _____ Correo electrónico: _____

* Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto recurrentes de myAbbVie Assist, incluidas actualizaciones del servicio y recordatorios de medicamentos al número anterior. Pueden aplicar tarifas de mensajería y datos. No se me requiere consentir ni dar mi consentimiento como una condición para recibir bienes o servicios. Puedo responder AYUDA (HELP) para recibir ayuda. Puedo enviar un texto de PARAR (STOP) para abandonar la suscripción en cualquier momento.

Nombre del médico que ofrece tratamiento: _____ Número de teléfono del médico: _____

6 INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingreso mensual total de todos en el hogar: \$ _____
 Número total de personas en el hogar (incluido usted): _____

Si está asegurado, incluya una lista detallada de los gastos de recetas y médicos.
 Estimado de costos del desembolso anual total del hogar: \$ _____ gastos por recetas \$ _____ gastos médicos

Marque el recuadro en la Sección 8. Incluya documentación financiera de todos en el hogar. Es preferible que incluya copia de su declaración de impuestos federales actual.
 Número de personas en el hogar mayores de 18 años que reciben ingreso: _____

7 INFORMACIÓN DEL SEGURO No tengo cubierta de seguro – vaya a la Sección 8

Incluya copia por ambos lados de todas las tarjetas del seguro. Además, incluya una lista detallada de los gastos por recetas, como un documento de la farmacia y de gastos médicos de su hogar para ayudarnos a determinar su elegibilidad en el programa

INFORMACIÓN DEL SEGURO	Número de grupo o póliza	Nombre del seguro y teléfono
Medicare		
Medicare Part B <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Medicare Complementario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Plan Medicare Advantage <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Medicare Parte D <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Medicaid <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Seguro privado/comercial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Le ha denegado su seguro cubierta para el medicamento solicitado? Sí No. Si es sí, incluya el documento de la denegación
INCLUYA COPIA POR AMBOS LADOS DE TODAS LAS TARJETAS DEL SEGURO

8 CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE **REVISE LA AUTORIZACIÓN DE HIPAA, LOS TÉRMINOS DE PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y LA NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD EN LA SECCIÓN 10 PARA ENTENDER CÓMO USAMOS SU INFORMACIÓN PERSONAL**

Confirmando que la información que proveo es precisa y completa y entiendo los Términos de Participación del Paciente en la página 4.

MARQUE EL RECUADRO Entiendo que estoy proveyendo instrucciones escritas al Programa conforme a la Ley de Informe Justo de Crédito autorizando al Programa a obtener información acerca de mi perfil de crédito por parte de agencias de informe de crédito u otras fuentes. Autorizo al Programa a obtener dicha información solo para determinar la elegibilidad en PAP.

FIRMA Y FECHA Con mi firma a continuación certifico que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con la divulgación de mi información de salud protegida de conformidad con la autorización de HIPAA en la Sección 10.

_____ _____
 FIRMA DEL PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL (indique la relación) FECHA

9 PERMISO ADICIONAL PARA PROPÓSITOS DEL PROGRAMA (opcional)

Doy mi permiso para que myAbbVie Assist hable con la siguiente persona acerca de esta solicitud:

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

SOLICITUD PARA MYABBVIE ASSIST

Refiérase a la Página 5 para la lista de medicamentos

PO BOX 270, Somerville, NJ 08876 TELÉFONO: 1-800-222-6885 FAX: 1-866-898-1473

10 AUTORIZACIÓN DE HIPAA, TÉRMINOS DE PARTICIPACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

AUTORIZACION DE HIPAA Provea la firma en la Sección 8 en la página 3 del formulario de inscripción

Autorizo a mis proveedores del cuidado de la salud, farmacias, aseguradoras y laboratorios de pruebas (mis "Compañías de la salud") a divulgar información acerca de mí, mi condición médica, tratamientos, cobertura de seguro e información de pagos en relación con mi uso de productos de AbbVie, a la Fundación de Asistencia para el Paciente de AbbVie, para inscribirme en y proveerme asistencia y apoyo para los productos de AbbVie. Entiendo que la información divulgada mediante esta Autorización dejará de estar protegida por HIPAA. Además, entiendo que, si mis compañías de salud usan o divulgan mi información personal para propósitos de mercadeo, puede que reciban remuneración económica.

Entiendo que no es requerido firmar esta Autorización y que mis compañías de salud no condicionarán mi tratamiento, pago, inscripción ni elegibilidad de beneficios en que firme esta Autorización. Sin embargo, entiendo que, de no firmar esta Autorización, no puedo participar en myAbbVie Assist (de calificar). Esta Autorización caducará en 10 años o en un periodo más corto si la ley estatal lo requiere, a menos que la cancele antes llamando al 1-800-222-6885 o escribiendo a myAbbVie Assist, PO BOX 270, Somerville, NJ 08876. Entiendo que cancelar mi Autorización no afectará ningún uso de mi información que ocurriera antes de procesar mi solicitud.

TÉRMINOS DE PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE

myAbbVie Assist provee medicamentos gratuitos a pacientes que califican. La participación en nuestro programa es gratuita; no hay cargos para las personas que solicitan nuestra asistencia. La asistencia con el medicamento depende de su capacidad para cumplir con los criterios de elegibilidad del programa según determinado por myAbbVie Assist. myAbbVie Assist no tiene ninguna obligación de proveerle los servicios del programa y no es responsable de proveerle estos servicios. El programa puede cambiar o discontinuarse sin notificación. Usted no solicitará reembolso por ningún producto despachado mediante este programa. Usted notificará al programa si su seguro o situación económica cambia. De esta solicitud haberla completado un representante personal, el representante personal le proveerá una copia completada de esta solicitud.

De ser miembro de un plan de Medicare, incluido un plan de medicamentos recetados de Medicare, y está calificado para la asistencia del programa, usted: (i) será elegible para obtener el medicamento del programa por un término de año calendario (ii) no comprará este medicamento con su plan de Medicare mientras está inscrito en el programa; (iii) no someterá reclamos ni solicitará crédito por dinero desembolsado (TrOOP, por sus siglas en inglés) por el medicamento provisto durante su inscripción; (iv) proveerá notificación escrita a su plan de medicamentos recetados de Medicare, si aplica, de que está recibiendo su medicamento de forma gratuita fuera del beneficio de la Parte D de Medicare.

De tener preguntas, desear actualizar su información o terminar su inscripción, llame al 1-800-222-6885 o escribanos al PO BOX 270, Somerville, NJ 08876.

NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

myAbbVie Assist usará y divulgará a terceros autorizados su información personal, incluida su información financiera y de salud, obtenida en este formulario de inscripción y mediante su participación en el programa para los siguientes propósitos:

- (1) Para determinar su elegibilidad para el programa y proveerle servicios relacionados, entre ellos la transferencia a un programa de pagador privado o público separado, servicios de reembolso, servicios de envío de su medicamento y otros servicios de apoyo.
- (2) Para obtener información de su perfil de crédito acerca de su ingreso con el único propósito de determinar elegibilidad en el programa. Esta notificación sirve de instrucciones escritas de conformidad con la Ley de Informe Justo de Crédito la cual autoriza a myAbbVie Assist a obtener esta información.
- (3) Para llevar a cabo análisis de investigación y datos para desarrollar y evaluar productos, servicios, materiales y tratamientos.
- (4) Para administrar y mantener la calidad del programa, incluidos, pero sin limitarse a, revisión de caso, verificación de cumplimiento, auditorías y propósitos de contabilidad.

Para información adicional de cómo AbbVie procesa su información personal, visite www.abbvie.com/privacy.html.

Para la Información de prescripción completa, visite www.rxabbvie.com

SOLICITUD PARA MYABBVIE ASSIST

LISTA DE MEDICAMENTOS PARA USAR CON ESTA SOLICITUD

Use esta solicitud para los productos mencionados a continuación. Si está solicitando asistencia económica para otro medicamento de AbbVie, visite www.AbbVie.com/myAbbVieAssist para revisar nuestra lista de medicamentos disponibles y sus solicitudes de asistencia.

AeroChamber Plus® Flow-Vu®	Namenda® y Namenda XR® (memantina HCl) en tabletas
Armour Thyroid® (tabletas de tiroides, USP) en tabletas	Namzaric® (memantina HCl de liberación prolongada y donepezil HCl) en cápsulas
Bystolic® (nebivolol) en tabletas	Norvir® (ritonavir)
Canasa® (mesalamina, USP) en supositorios	Pred Forte® (acetato de prednisolona en suspensión oftálmica, USP) 1%
Carafate® (sucralfato) en suspensión	Pylera® (subcitrate de bismuto potásico, metronidazol, tetraciclina HCl) cápsulas
Crinone® (progesterona) gel	Qulipta™ (atogepant)
Delzicol® (mesalamina) cápsulas de liberación prolongada	Rapaflo® (silodosina) en cápsulas
Estrace® (crema vaginal de estradiol, USP, 0.01%)	Rectiv® (nitroglicerina) en ungüento al 0.4%, para uso intraanal
Fetzima® (levomilnacipran) cápsulas de liberación prolongada y Titration Pack	Restasis® / Restasis Multidose (ciclosporina en emulsión oftálmica) 0.05%
Gelnique® (oxibutinina hidrocloreuro) 10% gel tópico	Saphris® (asenapina) en tabletas sublinguales
Gengraf® Cápsulas (ciclosporina en cápsulas, USP)	Savella® (milnaciprana HCl) en tabletas
Infed® (hierro dextrano en inyección USP)	Synthroid® (levotiroxina sódica en tabletas, USP)
Kaletra® (lopinavir/ritonavir)	Ubrelvy® (ubrogepant) en tabletas
Lexapro® (escitalopran oxalato) en tabletas	Viibryd® (vilazodona HCl) en tabletas, para uso oral
Monurol® (fosfomicina trometamina) en gránulos para solución oral	Vraylar® (cariprazina) en cápsulas para uso oral