

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.

El formulario debe ser enviado directamente por el proveedor de atención médica y debe incluir una carta de presentación/membrete de este para identificarlo claramente como remitente.

Marque si esta solicitud es para un nuevo fármaco o para aumentar la dosis

Información del solicitante (un paciente por formulario)

Nombre y apellido del paciente*:		Fecha de nacimiento del paciente*:
Otros medicamentos*:	Alergias farmacológicas conocidas*:	
Dirección postal del paciente* (NO PUEDE SER UN APARTADO POSTAL):		
Ciudad, estado, código postal:		
Nota: Los residentes de Minnesota que sean aptos para recibir insulina en el Programa de la Red de Seguridad de Insulina de Minnesota recibirán su medicamento directamente en su hogar.		
Número de ID del paciente:	Estado del paciente:	

Información del profesional de atención de la salud autorizado

Nombre*:		Designación*:	
Dirección* Incluir el n.º de suite/edificio (NO PUEDE SER UN APARTADO POSTAL):			
Teléfono*:		N.º de licencia del estado (SLN)*:	Identificador de proveedor nacional (NPI)*:
Fax*:	Contacto del consultorio:	Días NO aceptados para entrega del medicamento:	

Información del pedido (consulte la página siguiente para ver opciones adicionales)

Producto	Dosis máx./día (unidades)	Instrucciones (p. ej., una vez al día, dos veces al día)	Fórmula	Cantidad
Fiasp® (insulin aspart injection) 100 U/ml			Vial FlexTouch® Cartucho	
Tresiba® (insulin degludec injection) U-100			Vial FlexTouch®	
Tresiba® (insulin degludec injection) U-200			Vial FlexTouch®	
Levemir® (insulin detemir injection) 100 U/ml			Vial FlexTouch®	
NovoLog® (insulin aspart injection) 100 U/ml			Vial FlexPen® Cartucho	
Insulin Aspart Injection 100 U/ml (producto biológico sin marca*)			Vial FlexPen® Cartucho	
NovoLog® Mix 70/30 (insulin aspart protamine and insulin aspart injectable suspension) 100 U/ml			Vial FlexPen®	
Insulin Aspart Protamine and Insulin Aspart Injectable Suspension Mix 70/30, 100 U/ml (producto biológico sin marca*)			Vial FlexPen®	
Novolin® R (insulin human injection) 100 U/ml			Vial	
Novolin® N (isophane insulin human suspension) 100 U/ml			Vial	
Novolin® 70/30 (human insulin isophane suspension and human insulin injection) 100 U/ml			Vial	
NovoFine® 32 G (100 agujas/caja)				
NovoFine® Plus 32 G (100 agujas/caja)				
NovoTwist® 32 G (100 agujas/caja)				
Todas las órdenes se surtirán con un suministro de hasta 120 días , a menos que el profesional de la salud que emitió la receta indique lo contrario. Los pacientes que soliciten el Programa de asistencia al paciente (Patient Assistance Program, PAP) por pérdida de cobertura de seguro médico debido a la COVID-19 recibirán un suministro de insulina para 90 días. Si es profesional de la salud que emite recetas, complete la aplicación con la dosis máxima diaria e instrucciones correspondientes. Todas las solicitudes de nuevas órdenes deben ser realizadas directamente por parte del profesional de la salud que emite la receta al Programa de asistencia al paciente de Novo Nordisk. FlexPen®/FlexTouch® se utiliza con agujas desechables de Novo Nordisk. Las agujas no se enviarán como parte de la orden del PAP si no se solicitan.				
Mi firma a continuación indica que he leído, entendido y acepto la Declaración del profesional de atención de la salud en la página 2. Los productos se entregan tal y como están escritos. (Se aceptan firmas electrónicas manuscritas/válidas; no se permiten fotocopias, poderes de representación ni firmas estampadas).				
Firma del profesional de atención de la salud*:			Fecha*:	

* Los productos biológicos sin marca de las insulinas análogicas con marca Novo Nordisk están disponibles en Novo Nordisk Pharma, Inc. (NNPI).

NO INCLUYA LOS REGISTROS MÉDICOS DE LOS PACIENTES CON ESTA SOLICITUD.

Fiasp®, FlexPen®, FlexTouch®, GlucaGen®, HypoKit®, Levemir®, NovoFine®, NovoFine® Plus, Novolin®, NovoLog®, NovoPen Echo®, NovoTwist®, Ozempic®, PenFill®, RYBELSUS®, Tresiba®, Victoza® y Xultophy® son marcas registradas de Novo Nordisk A/S. Novo Nordisk es una marca comercial registrada de Novo Nordisk A/S.

Información del paciente

Nombre y apellido del paciente*:	Fecha de nacimiento del paciente*:
----------------------------------	------------------------------------

Información de la orden (continuación)

Producto	Dosis máx./día (unidades)	Instrucciones (p. ej., una vez al día, dos veces al día)	Fórmula	Cantidad
Ozempic® (semaglutide) injection Pluma de 1.5 ml que administra dosis de 0.25 mg o 0.5 mg			Envase de 1 pluma*	
Ozempic® (semaglutide) injection Pluma de 3 ml que administra dosis de 1 mg			Envase de 1 pluma*	
Victoza® (liraglutide) injection de 1.2 mg, envase de 2 plumas			Envase de 2 plumas*	
Victoza® (liraglutide) injection de 1.8 mg, envase de 3 plumas			Envase de 3 plumas*	
Xultophy® 100/3.6 (insulin degludec & liraglutide injection), 100 U/ml y 3.6 mg/ml			Envase de 1 pluma*	
GlucaGen® HipoKit® (glucagon for injection), 1 mg/ml			1 kit	
NovoPen Echo®			1 pluma*	
Rybelsus® (semaglutide) tablets <i>Seleccione 1 de las opciones de combinación</i>			3 mg/7 mg 7 mg/7 mg 7 mg/14 mg 14 mg/14 mg	Suministro para 60 días
			7 mg 14 mg	Suministro para 120 días

Todas las órdenes se surtirán con un suministro de hasta **120 días**, a menos que el profesional de la salud que emitió la receta indique lo contrario. Los pacientes que soliciten el Programa de asistencia al paciente (Patient Assistance Program, PAP) por pérdida de cobertura de seguro médico debido a la **COVID-19** recibirán un suministro de insulina para 90 días. Si es profesional de la salud que emite recetas, complete la aplicación con la dosis máxima diaria e instrucciones correspondientes. Todas las solicitudes de nuevas órdenes deben ser realizadas directamente por parte del profesional de la salud que emite la receta al Programa de asistencia al paciente de Novo Nordisk.

* Este artículo se utiliza con agujas desechables de Novo Nordisk. **Las agujas no se enviarán como parte de la orden del PAP si no se solicitan.**

Declaración del profesional de atención de la salud: "Mi firma certifica que soy un profesional de atención de la salud autorizado elegible según la ley estatal para recetar, recibir y entregar el/los medicamento(s) solicitado(s) enumerado(s) en la orden adjunta, enviados por Novo Nordisk, y que no tengo prohibido participar en programas de atención de la salud financiados a nivel federal. Si soy enfermero profesional, auxiliar médico, farmacéutico o doctor en Farmacia, certifico que estoy autorizado y soy elegible en el estado en el que ejerzo actualmente la profesión para recetar estos productos, y que tengo la aprobación del médico supervisor, si así lo exige la ley. Además, certifico que toda la información proporcionada en la sección Información del profesional de atención de la salud autorizado es correcta. Acepto que el/los medicamento(s) que Novo Nordisk me ha proporcionado para el solicitante nombrado en la sección de Información del solicitante serán proporcionados por mí a dicho solicitante elegible para su propio uso sin costo alguno. No utilizaré ninguno de estos medicamentos ni recetaré, proporcionaré o entregaré la totalidad o parte de estos para el uso de ninguna otra persona. Doy mi consentimiento para que Novo Nordisk pueda comunicarse con el solicitante nombrado en la sección Información del solicitante para verificar el estado del solicitante y la recepción del/de los medicamento(s) indicado(s). Doy también mi consentimiento para que Novo Nordisk pueda realizar una auditoría en el centro de los registros del Programa de asistencia al paciente (PAP) de Novo Nordisk para la diabetes relacionados con el solicitante mencionado anteriormente en esta solicitud. Entiendo que no soy elegible para solicitar el reembolso de ningún medicamento entregado por el PAP de Novo Nordisk para la diabetes por parte de ningún programa gubernamental ni compañía de seguros externa y no solicitaré ningún medicamento del PAP de Novo Nordisk para la diabetes para que se ingresen como costos de bolsillo reales (True-Out-Of-Pocket, TrOOP) del solicitante. También entiendo que la elegibilidad en virtud del PAP está sujeta a la discreción de Novo Nordisk y que Novo Nordisk se reserva el derecho de modificar o finalizar el PAP en cualquier momento. Por último, certifico que no recibo pagos directos ni indirectos relacionados con el PAP".

NO INCLUYA LOS REGISTROS MÉDICOS DE LOS PACIENTES CON ESTA SOLICITUD.