

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 1-888-602-2978 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.

ViiVConnect proporciona información completa sobre el acceso a los medicamentos de ViiV Healthcare y su cobertura con el fin de ayudar a los pacientes a obtener los medicamentos que se les hayan recetado. Existen cuatro formas de inscribir a un paciente:

Complete y envíe este formulario por fax al 1-844-208-7676

A través del portal en línea [www.viivconnect.com](http://www.viivconnect.com)  
Para los proveedores de salud y los representantes designados por el paciente

Llame al 1-844-588-3288 para hablar personalmente con un coordinador de acceso dedicado

Complete y envíe este formulario a ViiVConnect Enrollment a la siguiente dirección: PO Box 220100 Charlotte, NC 28222-0100

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE (OBLIGATORIA)

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	
Teléfono preferido:	Calle:		
Fecha de nacimiento:	Ciudad:	Estado:	Código postal: Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

## INFORMACIÓN DEL SEGURO: PACIENTES ASEGURADOS (Incluya copias escaneadas de ambos lados de las tarjetas de seguro médico y de la receta médica del paciente)

Nombre del seguro principal:	Nombre del titular de la póliza:	
Teléfono del seguro principal:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	
N.º de ID de la póliza:	N.º de grupo:	Relación del titular de la póliza con el paciente:
Nombre del suscriptor:	Teléfono del titular de la póliza:	

## MEDICAMENTO DE VIIV HEALTHCARE RECETADO (OBLIGATORIO)

Nombre del producto:	Dosis (mg):
----------------------	-------------

## INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE (OBLIGATORIA)

Nombre y apellido del médico que prescribe:	Nombre del contacto en el consultorio:
Nombre de la práctica:	Calle:
Teléfono: Fax:	Ciudad: Estado: Código postal:
ID fiscal del médico que prescribe:	N.º de identificación de proveedor nacional (NPI) del médico que prescribe:
N.º de licencia estatal del médico que prescribe:	N.º de NPI del grupo:
Diagnóstico del paciente y código ICD-9/ICD-10:	

## PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EL PACIENTE (PAP) - (Completar solo si se solicitan medicamentos sin costo para pacientes que reúnen los requisitos) El formulario debe estar acompañado por la receta.

Indique cualquier alergia conocida a los medicamentos:	<input type="checkbox"/> Marque la casilla si no tiene
Indique cualquier afección médica conocida:	<input type="checkbox"/> Marque la casilla si no tiene
Cantidad de personas que viven en la casa y que contribuyen al ingreso familiar o dependen de este:	
Número de Seguro Social (SSN)*:	Ingreso anual total bruto:
1. ¿El paciente reúne los requisitos para algún programa estatal o federal de cobertura de medicamentos recetados, como Medicaid o Mi Salud, el Programa de Salud del Gobierno de Puerto Rico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿El paciente cuenta con alguna cobertura privada para medicamentos recetados (como planes patrocinados por el empleador, planes grupales privados, planes/intercambios del mercado, etc.)? • Si la respuesta es "sí", indique por qué se requiere ayuda:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Cuál es el estado ADAP del paciente?	<input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> En lista de espera <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> No lo ha solicitado/No es elegible
4. ¿El paciente está inscrito en un plan para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, Parte D de Medicare o Medicare Advantage?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. Si la respuesta a la pregunta 4 es "sí", ¿el paciente ha gastado por lo menos \$600 o más en medicamentos recetados desde el 1.º de enero del presente año calendario? • Si la respuesta es "sí", escanee una explicación de los beneficios o los recibos de farmacia que indiquen que el paciente pagó un total de, al menos, \$600 en concepto de medicamentos recetados durante el presente año calendario. Nota: Los pacientes que están inscritos en la Parte B de Medicare, Parte D de Medicare y Medicare Advantage no se pueden inscribir por teléfono.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## DIRECCIÓN DE ENVÍO (Completar solo si se solicita el Programa de Asistencia para el Paciente y los medicamentos se deben enviar a una dirección diferente de la dirección del paciente que se indica al comienzo de la página)

Los medicamentos se enviarán a la siguiente dirección: Nombre del destinatario o nombre comercial:			
Calle:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Especifique la relación entre el destinatario y el solicitante: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Representante designado del paciente (debe completar la información para el representante designado del paciente en la página 2) <input type="checkbox"/> Otro (especificar relación):			

\*Si no tiene un SSN o no lo puede proporcionar, tenga en cuenta que se le puede solicitar documentación sobre sus ingresos para verificar si reúne los requisitos para participar en el programa.

**El formulario continúa en la siguiente página.**

## AUTORIZACIÓN Y PERMISO DEL PACIENTE

Certifico que la información proporcionada en este Formulario de inscripción y Autorización y permiso del paciente es verdadera y correcta. Entiendo que la obtención, el uso y la divulgación de determinada información están protegidos por la ley. Entiendo que la información que contiene este formulario de inscripción, como mi nombre, dirección, seguro, información médica y sobre medicamentos recetados se considera "Información de salud protegida". Al firmar a continuación, autorizo la obtención, el uso y la divulgación de mi Información de salud protegida tal como se describe a continuación. Entiendo que mis proveedores de salud no tomarán ninguna decisión relacionada con el tratamiento médico en función de mi aceptación de firmar esta Autorización y permiso del paciente. También entiendo que mi aceptación de firmar esta Autorización y permiso del paciente y la inscripción en ViiVConnect no es obligatoria para que se surta una receta válida. Entiendo que una vez que se obtiene, usa o divulga mi Información de salud protegida en función de esta autorización vigente, las leyes federales de privacidad no podrán evitar que las entidades que se describen a continuación divulguen nuevamente mi información. Sin embargo, entiendo que estas entidades aceptaron obtener, usar o divulgar la Información de salud protegida recibida únicamente para los fines que se describen en esta autorización o según lo requiera la ley. Entiendo que ViiV Healthcare no cobra ningún tipo de tarifa por la participación en los programas de ViiVConnect. Si el representante autorizado del paciente cobra una tarifa por la inscripción o los reabastecimientos de los medicamentos que reciba sin cargo según los términos del Programa de Asistencia para el Paciente, este dinero no se le pagará a ViiV Healthcare ni este deberá pagarlo. Certifico que cualquier producto que reciba de parte de ViiV Healthcare es para mi uso personal y no se venderá, intercambiará ni se entregará a otra persona. Certifico que la información que se brinda en este Formulario de inscripción es completa y precisa a mi mejor saber y entender, y acepto notificar a ViiVConnect sobre cualquier cambio que se produzca en mi elegibilidad con respecto al seguro o a mi situación financiera. Entiendo que esta autorización permanecerá vigente durante dos (2) años, salvo que la ley estatal exija un período más corto. También entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por teléfono al 1-844-588-3288 o, por correo, al enviar una declaración escrita de mi revocación a la dirección: ViiVConnect, PO Box 220100, Charlotte, NC 28222-0100, pero que dicha revocación daría por finalizada mi elegibilidad para participar en el programa según lo descrito. Una vez que se reciba y procese la revocación por escrito de esta autorización, se prohibirán las divulgaciones de la Información de salud protegida. Sin embargo, ViiV Healthcare y otras

empresas que esta utiliza para recolectar, usar y divulgar cierta información pueden realizar estas acciones por razones administrativas.

**Inscripción en ViiVConnect:** el paciente y, si corresponde, el representante del paciente DEBEN firmar esta Autorización y permiso del paciente. El representante del paciente debe definir qué relación mantiene con el paciente en el cuadro correspondiente a continuación.

Al firmar esta Autorización y permiso del paciente, autorizo a ViiV Healthcare y a cualquier otra empresa que ViiV Healthcare utiliza para obtener, usar y divulgar mi Información de salud protegida a hacer lo siguiente:

1. Solicitar y recibir de parte del médico, el proveedor de salud, la compañía de seguro médico o el farmacéutico la información necesaria para investigar y resolver mi cobertura de seguro, codificación, consulta de reembolso o revisión de mi elegibilidad para los programas de asistencia para el paciente y de asistencia para copagos.
2. Obtener, usar y divulgar entre sí cualquier información que yo pudiera brindar a ViiVConnect para la investigación y resolución de las consultas relacionadas con la cobertura de seguro, la codificación o los reembolsos.
3. Divulgar a mi médico tratante, proveedor de salud o farmacéutico la información que yo proporciono a ViiVConnect cuando sea necesario para resolver las consultas relacionadas con la cobertura de seguro, la codificación o los reembolsos. También autorizo a mi compañía de seguro, proveedor de salud y farmacéutico a divulgar información relacionada con mis medicamentos recetados y afecciones médicas que ViiVConnect solicite.
4. Ponerse en contacto con mi compañía de seguro, otras posibles fuentes de financiación, trabajadores sociales, organizaciones de defensa del paciente o programas de asistencia para el paciente en mi nombre para determinar si reúno los requisitos para recibir la cobertura de seguro médico u otros fondos, y brindarles información sobre mis medicamentos recetados y las afecciones médicas que haya brindado yo, mi médico, mi proveedor de salud o farmacéutico a ViiVConnect.
5. Divulgar cualquier información proporcionada por las fuentes mencionadas anteriormente a terceros, según lo requiera la ley.
6. Solicitar documentos adicionales e información, en cualquier momento, incluso si ya estoy inscrito para que ViiV Healthcare pueda determinar si la información en este formulario está completa y es verdadera.

### AUTORIZACIÓN Y PERMISO DEL PACIENTE (LA FIRMA ES OBLIGATORIA)

Si corresponde, autorizo al representante del paciente a actuar en mi nombre en virtud del Certificado del representante del paciente que figura a continuación.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*
Autorizo a ViiVConnect a brindarme información sobre mis beneficios y otros comunicados que contengan referencias de ViiVConnect a través de los siguientes medios:	<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Otro
Si no estoy disponible cuando me llamen, autorizo a ViiVConnect a dejarme un correo de voz con el nombre del coordinador de acceso, una referencia de ViiVConnect y un número de teléfono para devolver la llamada.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*

**\*Si no autorizo a ViiVConnect a dejarme un correo de voz con el nombre del coordinador de acceso, una referencia de ViiVConnect y un número de teléfono para devolver la llamada, seré responsable de comunicarme con ViiVConnect.**

<b>Paciente (OBLIGATORIO)</b>	<b>Nombre (en letra de imprenta):</b>
Firma:	
Fecha:	
<b>Representante del paciente<sup>†</sup></b>	<b>Nombre (en letra de imprenta):</b>
Firma (no se aceptan las firmas selladas):	
Fecha:	
Relación con el paciente:	

#### CERTIFICADO DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE

Mediante mi firma, certifico que, a mi mejor saber y entender, la información que se incluye en este Formulario de inscripción es correcta y está completa. No tengo conocimientos de ningún intento de vender, intercambiar o entregar los medicamentos sin cargo recibidos según los términos del Programa de Asistencia para el Paciente a ninguna persona que no sea el paciente al que se le recetaron los medicamentos. A mi mejor saber y entender, la información sobre el paciente que se incluye en este Formulario de inscripción está completa. Reconozco que los programas que se brindan a través de ViiVConnect no constituyen un seguro de salud. Mi firma más arriba también sirve como testimonio de que el paciente me ha autorizado a actuar en su nombre. Como representante del paciente, autorizo a ViiV Healthcare y a cualquier otra empresa que ViiV Healthcare utiliza a obtener, usar y divulgar la información del paciente. También entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en nombre del paciente, en cualquier momento, por teléfono al 1-844-588-3288 o, por correo, al enviar una declaración escrita de mi revocación a la dirección: ViiVConnect, PO Box 220100, Charlotte, NC 28222-0100, pero que dicha revocación daría por finalizada mi elegibilidad para participar en el programa según lo descrito. Una vez que se reciba y procese la revocación por escrito de esta autorización, se prohibirán las divulgaciones de la Información de salud protegida. Sin embargo, aún se podrá obtener, usar y divulgar determinada información para fines administrativos de ViiV Healthcare o cualquier otra empresa que ViiV Healthcare utiliza para obtener, usar o divulgar esa información.

**Complete, firme y envíe por vía electrónica todas las páginas de este formulario y los documentos aplicables correspondientes (incluida la receta) a través del portal o por fax al 1-844-208-7676 (línea gratuita).**

**Para obtener asistencia, llame al 1-844-588-3288 (línea gratuita), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 11 p. m., hora del este.**

<sup>†</sup>Complete esta sección solo si el representante del paciente inscribe al paciente y desea ser la persona de contacto y recibir la correspondencia del programa en nombre del paciente.

