



# Nuevo Plan de Farmacia

## ¿Está Pagando Más de \$100 Por Mes?

**¡Las Compañías Farmacéuticas Quieren Ayudar!**

Miles de trabajadores como usted están recibiendo una pausa con los medicamentos que necesitan.



EZ Meds proporciona una sencilla y asequible plan de prescripciones con medicamentos de marca. Este plan único ahorra dinero en casi todas las recetas. Los medicamentos son proporcionados por los programas de asistencia al paciente de parte de las

### Cientes Reales Ejemplos de Ahorros

#### Los Ahorros son reales.

- Miembros ahorran el 50 - 90% en las recetas de marca.
- Más de 4,000 recetas de marca.
- Instantánea ahorros, ayuda financiera a través de un Programa de Asistencia a los Pacientes que no pueden pagar sus prescripciones.
- Sin co-pagos o deducibles.
- No máximo de uso, cargos ocultos, o los límites de edad.
- Ningún límite al número de medicamentos que usted toma.

#### Aplique hoy en tan solo unos minutos.

- Por teléfono **1-888-396-3371**.
- O, llene la solicitud adjunta y suéltela en el correo.
- Online: [www.ezmedsusa.com](http://www.ezmedsusa.com)

Droga/Dosis	Precio	Descuento Precio	EZ Meds
Aciphex 20 mg	\$182.00	\$161.00	\$69.95
Topamax 50 mg	\$142.00	\$131.00	\$0.00
Provera 2.5 mg	\$38.00	\$30.00	\$0.00
Estratest HS 0.625/1.25 mg	\$157.00	\$90.00	\$0.00
<b>Costo Total por Mes</b>	<b>\$519.00</b>	<b>\$412.00</b>	<b>\$69.95</b>

Droga/Dosis	Precio	Descuento Precio	EZ Meds
Advair 250/50Mcg/1disk	\$223.00	\$104.00	\$119.95
Lipitor 10mg	\$95.00	\$88.90	\$0.00
Plavix 75mg	\$158.00	\$141.00	\$0.00
Nexium 40mg	\$182.00	\$163.00	\$0.00
Singulair 10mg	\$122.00	\$111.00	\$0.00
Zoloft 25mg	\$118.00	\$103.00	\$0.00
<b>Costo Total por Mes</b>	<b>\$898.00</b>	<b>\$710.90</b>	<b>\$119.95</b>

Droga/Dosis	Precio	Descuento Precio	EZ Meds
Gleevec 400mg	\$4,250.00	\$3,350.00	\$39.95
<b>Costo Total por Mes</b>	<b>\$4,250.00</b>	<b>\$3,350.00</b>	<b>\$39.95</b>

Droga/Dosis	Precio	Descuento Precio	EZ Meds
Actos 30mg	\$212.00	\$194.00	\$69.95
Celebrex 200mg	\$134.00	\$115.00	\$0.00
<b>Costo Total por Mes</b>	<b>\$346.00</b>	<b>\$309.00</b>	<b>\$69.95</b>



**Usted puede ser elegible.  
Aquí está la manera de calificar:**

**Para ser elegible para EZ Meds' Programa de Asistencia al Paciente, usted debe cumplir con ambos requisitos se enumeran a continuación...**

**Paso 1:**

**Los ingresos familiares igual o inferior a:**

Personas en la Familia / Hogar	48 Estados Contiguos y D.C.	Alaska	Hawaii
Una persona	\$21,660	\$27,060	\$24,920
Dos personas	\$29,140	\$36,420	\$33,520
Tres personas	\$36,620	\$45,780	\$42,120
Cuatro personas	\$44,100	\$55,140	\$50,720
Cinco personas	\$51,580	\$64,500	\$59,320
Seis personas	\$59,060	\$73,860	\$67,920
Siete personas	\$66,540	\$83,220	\$76,520
Ocho personas	\$74,020	\$92,580	\$85,120

**Paso 2:**

**Estado de Cobertura:**

- Sin cobertura de medicamentos recetados (pública o privada)
- Si usted tiene seguro, se ha quedado sin su cobertura de medicamentos recetados o su medicación específica no está cubierto.
- Usted está inscrito en Medicare Parte D, y ha llegado a la "Brecha de Cobertura"

*\* Estas son reglas generales y varían de compañía a compañía.*

**Paso 3:**

**Seleccione el plan más adecuado para usted:**

# de Recetas	Mensualidad	Inscripción	TOTAL
1 **	\$39.95	\$25.00	\$64.95
2—4	\$69.95	\$25.00	\$94.95
5—8	\$119.95	\$25.00	\$144.95
9—12	\$169.95	\$25.00	\$194.95

*\*\* Las tarifas se basan en la fórmula que ayuda.*

## INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: ( ) \_\_\_\_\_  
 Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ NSS# \_\_\_\_\_  
 Contácteme Durante:  MANANA  TARDE  
 ¿Cuál es su ingreso anual de todas las fuentes? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONTACTO ALTERNATIVA

(Persona quien ayuda al paciente con las medicinas, si procede)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Casa: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL DOCTOR

(Sólo la lista de los médicos que prescriben medicamentos)

Doctor #1

Doctor #2

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Nombre de Clínica: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Suite: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Numero de la Oficina: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Nombre de Clínica: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Suite: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Numero de la Oficina: ( ) \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIONES

(Por favor ponga el numero del doctor que receta la medicina)

Dr.#	Marca/Genérica	Dosis	Frecuencia

### ACUERDO DE AUTORIZACION DE PAGO DIRECTO

Quiero pagar mi cuota mensual por:

Deducir del Banco (Importante: debe adjuntar una copia de su cheque cancelado)

Tarjeta de Crédito \_\_\_\_\_ Visa \_\_\_\_\_ Mastercard

# De Tarjeta: \_\_\_\_\_

Fecha de exp. : \_\_\_\_\_ 3-dígitos de seguridad: \_\_\_\_\_

Autorización de Dedución: Yo autorizo EZ Meds USA, o su abogado designado-en-hecho, para el reducimiento de mi cuenta electrónicamente o por cargar a mi tarjeta de crédito para mi cuota de solicitud y mensualidad. Esta autorización permanecerá en pleno vigor hasta el EZ Meds USA recibe una notificación escrita de mí de la terminación del servicio. Por favor espere 30 días para el proceso de la cancelación.

Firma de Autorización: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### HAGA EL CHEQUE PARA EZMeds USA

# de prescripciones	Mensualidad	Pago Unico de inscripción	TOTAL
1 **	\$39.95	\$25.00	\$64.95
2—4	\$69.95	\$25.00	\$94.95
5—8	\$119.95	\$25.00	\$144.95
9—12	\$169.95	\$25.00	\$194.95

Proveedor:

## EZ Meds USA (EZ Meds) Información General

Usted entiende que no todos los medicamentos que está tomando pueden estar disponibles a través de las compañías farmacéuticas para los programas de drogas gratis y cada compañía tiene requisitos de ingreso y cobertura de farmacia.

Su ingreso familiar anual debe ser menos de lo que se ilustra en el cuadro de ingresos y cada compañía farmacéutica puede tener pautas diferentes. Además, actualmente no tiene cobertura (seguro o programa del gobierno) que reembolsa o paga por sus medicamentos recetados y usted está experimentando una dificultad en la compra de ellos.

Se le pedirá una prueba de ingreso antes de cualquier servicio se producirá en su nombre.

Cuando su solicitud se haya completado por EZ Meds, serán enviadas por correo a su doctor para su firma. Luego, su médico las enviará de vuelta a EZ Meds para que puedan ser enviadas a la(s) compañía farmacéutica adecuada(s). EZ Meds no será responsable si su doctor(a) no regresa las aplicaciones.

Una vez que las aplicaciones para los programas de asistencia (PAPs) de las compañías farmacéuticas sean regresadas a EZ Meds se puede tardar entre 6-8 semanas antes de que reciba su primer envío de medicamento(s) (generalmente será un suministro de 90 días). La compañía farmacéutica determina si el medicamento se envía al médico, recogidos en una farmacia local, o se envían directamente a usted. Los clientes o EZ Meds no determinan donde los medicamentos serán enviados.

Usted autoriza el contacto alternativo, si es llenado, en la aplicación de inscripción se apruebe para actuar en su nombre con respecto a su cuenta y registros con EZ Meds. Usted puede cancelar su servicio en cualquier momento, pero el reembolso no será publicado.

Con respecto a los PAPs de las compañías farmacéuticas, EZ Meds solo actúa como un auxiliar de procesamiento para ayudarle aplicar y completar las aplicaciones necesarias para que reciba las medicinas gratis a través de las compañías farmacéuticas. EZ Meds no fabrica drogas, receta drogas, dispensa drogas, recomienda medicamentos, o evalúa las prescripciones.

Usted da fe de que la información que usted dio en la solicitud esta correcta y exacta. Con su firma, yo autoriza a EZ Meds USA LLC. para solicitar y obtener de mi médico, compañía de seguros o compañía farmacéutica / fabricante o sus contratistas, de los registros médicos y de información, registros financieros y de seguros y de la información, y / o cualquier otra información necesaria para el fin de verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud o relacionados con mi inscripción o la participación en los varios programas de asistencia de las farmacéuticas. Entiendo que cualquier información obtenida, así como la información proporcionada a mí en esta aplicación, será utilizada por EZ Meds USA, LLC. y su autorizado agente(s) únicamente para administrar el PAP y los servicios prestados únicamente por EZ Meds USA, LLC. , pero no será utilizada o revelada para cualquier otro fin, salvo que sean requeridos por la ley aplicable. Entiendo que ni EZ Meds USA, LLC. ni mi profesional de la salud puede ser considerado responsable en caso de que proporcione información que se considera fraudulentas. Por favor incluya prueba de ingreso, la primera página de los impuestos del último año, o la declaración de ingresos del Seguro Social.

## Poder Notarial Temporal

1. Yo \_\_\_\_\_ doy permiso a "EZ Meds USA" y el/los representante(s) para solicitar programas de ayuda con medicina(s) en mi beneficio. "EZ Meds USA" tendrá Poder de Abogado limitado a firmar cualquier documentación necesaria, las aplicaciones y la documentación relativa a los programas de asistencia.
2. Yo entiendo que puedo revocar mi autorización en cualquier momento proveyendo de una petición escrita de la terminación de los servicios de "EZ Meds USA" a Processing Center, P.O. Box 43064. Las Vegas, NV 89116
3. Una copia de esta autorización puede ser aceptada como un original.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Miembro (\_\_\_\_\_-)(\_\_\_\_\_-)(\_\_\_\_\_-)  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Firma del Miembro Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Personal Relación con el Miembro

PLAN ADMINISTRATOR:



P.O. Box 15640 • Scottsdale, Arizona 85267  
Local (480) 502-3773 • Fax (480) 502-3993  
Llame Gratis: 888-396-3371