

Solicitud de medicamentos gratuitos de AstraZeneca:

PO Box 898, Somerville, NJ 08876



Cómo completar esta solicitud:

1. Revise con atención la información de esta página y consérvela para sus registros.
2. Complete las páginas 3, 4 y 5 de la solicitud.
3. Reúna la documentación requerida que se indica en la página 2.
4. Envíe por correo postal o fax la solicitud completada y la documentación requerida según las instrucciones de la página siguiente.

¿Qué son los Programas de ahorros en medicamentos recetados AZ&Me?

- Los Programas de ahorros en medicamentos recetados AZ&Me (el Programa) son un grupo de programas que ofrece AstraZeneca para permitirle obtener medicamentos gratuitos si reúne los requisitos. No es un programa gubernamental ni un plan de seguro.
- Si reúne los requisitos, puede obtener medicamentos gratuitos de AstraZeneca durante 1 año como máximo, según el Programa en el cual esté inscrito. AstraZeneca le enviará una solicitud de renovación una vez que finalice la inscripción.
- La mayoría de los medicamentos se enviarán a su hogar. Algunos medicamentos deben enviarse al consultorio de su médico, a menos que este envíe una carta al Programa para indicar que estos medicamentos pueden enviarse a su hogar.
- La mayoría de los medicamentos se envían en un suministro de 90 días.

¿Quién es AstraZeneca?

- AstraZeneca es una compañía que fabrica medicamentos recetados.
- AstraZeneca brinda programas de ahorros en medicamentos recetados a quienes reúnen los requisitos desde 1978.

AstraZeneca puede modificar o cancelar el Programa en cualquier momento o por cualquier motivo.

¿Reúne usted los requisitos para participar en el Programa?

Usted puede participar en el Programa si cumple con los siguientes requisitos:

- ✓ Es residente de los EE. UU. o es titular de una tarjeta verde o una visa de trabajo.
- ✓ Alcanza determinados límites de ingresos del grupo familiar (visite www.azandme.com o llame al **1-800-AZandMe** para conocer más detalles).
- ✓ **Y una** de las siguientes opciones se aplica:

- Usted no cuenta con una cobertura para medicamentos recetados que le ayude a pagar sus medicamentos de AstraZeneca o
- Usted participa en la Parte D de Medicare que es administrada por una compañía de seguros.

La Ley de Cuidado de Salud Asequible ha creado un mercado de intercambios de seguros de salud para que las personas y familias sin seguro puedan adquirir cobertura de atención médica, cuyo costo puede estar subsidiado para los inscritos que reúnan los requisitos. Puede encontrar más información sobre estos planes en www.healthcare.gov.

Revise la lista de verificación de la siguiente página para asegurarse de que su solicitud esté completa y lista para ser enviada.

Lista de verificación para la solicitud del Programa de ahorros en medicamentos recetados AZ&Me

Para completar su solicitud, los siguientes documentos deben enviarse por correo postal o fax, incluso si ha completado la solicitud por Internet. Conserve esta página para sus registros.

Envíe los siguientes documentos TODOS JUNTOS:

- Una solicitud completada, firmada y fechada por usted y el emisor de su receta
(puede encontrar solicitudes en blanco en azandmeapp.com)
- La receta completada en la página 3 de esta solicitud
- Prueba de ingresos del grupo familiar (incluya solo uno de los siguientes documentos):
 - Una copia de la declaración de impuestos federales a los ingresos del año pasado para usted, su cónyuge y sus dependientes.
 - Todos los estados de ingresos de sus trabajos del último año (W2 o 1099).
 - Dos recibos de pago actuales.
 - Declaración de los beneficios anuales del ingreso de seguro social actual.
 - **Si el ingreso actual de su grupo familiar es cero**, una carta que explique su situación financiera redactada por un familiar, un proveedor de atención médica o usted mismo.
- Si está inscrito en la Parte D de Medicare, asegúrese de incluir una copia del anverso y reverso de su tarjeta de medicamentos recetados de Medicare

No envíe sus registros médicos ni el formulario de declaración de necesidad médica con su solicitud.

ENVÍE POR CORREO POSTAL su solicitud completada, la receta y la documentación de prueba de ingresos requerida a la siguiente dirección:

**AZ&Me Prescription Savings Program
PO Box 898
Somerville, NJ 08876**

O

El consultorio de su médico puede ENVIAR POR FAX su solicitud completada, la receta y la documentación requerida, con una portada de fax, al **1-800-961-8323**. **Las solicitudes y recetas que no se envíen por fax desde el consultorio del médico se considerarán inválidas.**

Información importante sobre su solicitud

La información que recibamos se usará para determinar la posible elegibilidad para recibir ayuda de otro programa como Medicaid. Se le puede solicitar que envíe documentación para respaldar que usted no reúne los requisitos para obtener otra asistencia de medicamentos recetados.

Para obtener reposiciones de recetas, llame al 1-800-292-6363

Una vez que esté inscrito en el Programa, puede reponer sus recetas fácilmente llamando a nuestra línea de teléfono automática, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Información sobre recetas

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: *Escriba en letra de imprenta clara, con tinta azul o negra.*

Número de seguro social: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Esta información solo se usará para determinar su elegibilidad). (MM/DD/AAAA)

Nombre: _____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

El paciente no tiene dirección actual. (Los medicamentos se enviarán al consultorio del profesional de atención médica).

Teléfono: (_____) _____ Teléfono alternativo: (_____) _____ Correo electrónico: _____

Nueva solicitud Reinscripción

INFORMACIÓN DEL EMISOR DE LA RECETA:



Este formulario reemplazará a todas las recetas anteriores que puedan haberse enviado.

Todos los campos son obligatorios.

Por ej., Nexium 40 mg cápsulas 1 cáp. dos veces al día 180 1 año



Nombre del emisor de la receta: _____ Teléfono: (_____) _____ Fax: (_____) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Administración para el Control de Drogas: _____ Identificador nacional de proveedores: _____

Número de licencia estatal: _____

Nombre de contacto en el consultorio: _____ Teléfono: (_____) _____

Medicamento/ concentración:	Indicaciones:	Cantidad:	Reposiciones:

ENVIAR MEDICAMENTO A: **PACIENTE** **EMISOR DE LA RECETA***

(*SOLO para emisores de receta en Ohio: de acuerdo con el Código Administrativo de Ohio [Ohio Administrative Code, OAC] 4729-5-10, los emisores de recetas en Ohio deben estar aprobados por la Junta de Farmacéuticos de Ohio para ser un punto de recolección)

Firma del emisor de la receta: _____ **Fecha:** _____

Los emisores de recetas de Nueva York deben adjuntar una receta por separado de acuerdo con la ley de farmacias de Nueva York.

Información de elegibilidad para el Programa: *Escriba en letra de imprenta clara, con tinta azul o negra.*

Nombre: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Si no tiene un número del seguro social, debe presentar uno de los siguientes documentos:

Tarjeta verde (escriba el número): _____ Visa de trabajo (escriba el número): _____

Principal idioma que habla: Inglés Español Otro: _____

Estado civil: Casado(a) Divorciado(a) Soltero(a) Viudo(a)

Discapacitado(a) (aprobado por el seguro social): Sí No

INGRESOS:

¿Cuál es el ingreso total combinado del grupo familiar antes de impuestos? *(Incluidos usted, todos los adultos y todos los dependientes)*

Nota: Debe presentar prueba de ingresos con su solicitud.

\$ _____ por mes O \$ _____ por año

Cantidad de personas en su hogar: _____ Cantidad de dependientes en su hogar: _____

(Incluidos usted, todos los adultos y todos los dependientes)

SEGURO:

¿Tiene alguna cobertura para medicamentos recetados? Sí No

Si la respuesta es sí, marque todas las opciones que correspondan:

- Parte A de Medicare (hospital) Programa de asistencia estatal de Medicaid para medicamentos
 Parte B de Medicare Beneficios para militares o del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Veterans Affairs, VA)
 Otra cobertura para medicamentos recetados _____
 Parte D de Medicare (medicamentos recetados) ** presente una copia de la tarjeta de la Parte D (anverso y reverso)**
 Ayuda adicional/subsidio por bajos ingresos Cobertura del empleador o privada para medicamentos

CONSENTIMIENTO:

AUTORIZO a mi médico, a AstraZeneca y al administrador del Programa y sus empleados, agentes y contratistas a verificar mi información a fin de asegurarse de que sea verdadera y completa; a comunicarse conmigo por correo postal o teléfono sobre el Programa y sobre otros productos, programas o servicios que podrían interesarme o para los cuales podría ser elegible; a comunicarse conmigo para cerciorarse de que haya recibido los medicamentos enviados por el Programa.

ASEGURO que toda la información en esta solicitud, incluidas todas las copias de los documentos que prueban mis ingresos, es verdadera y completa; que estoy autorizado a firmar esta solicitud; que no recibo ninguna asistencia ni seguro que podría ayudarme a pagar mis medicamentos (que no sea la Parte D de Medicare, si corresponde); que me comunicaré con el Programa si se modifica alguna información sobre mi cobertura o seguro para medicamentos recetados.

COMPRENDO que el Programa solo usará mi información con el fin de decidir si reúno los requisitos para participar en el Programa; administrar o mejorar el Programa; comunicarse con los planes de seguros, incluidos los planes de la Parte D de Medicare; compartir mi información con los Centros de servicios de Medicare y Medicaid.

COMPRENDO que se me puede pedir que solicite asistencia para medicamentos recetados a través de un programa de asistencia gubernamental para conservar la elegibilidad en el Programa.

COMPRENDO que puedo llamar al 1-800-292-6363 en cualquier momento para retirarme del Programa; cancelar mi autorización para usar mi información y retirarme del Programa; obtener una copia del Aviso de Privacidad de AstraZeneca.

COMPRENDO que el Programa puede solicitarme más información en cualquier momento; que AstraZeneca puede modificar o cancelar el Programa en cualquier momento o por cualquier motivo.

COMPRENDO que una vez que se divulgue mi información a mi médico, las leyes federales de privacidad puede que ya no limiten su uso o divulgación, pero el Programa solo usará mi información como se describe en este formulario.

PUEDO negarme a firmar este formulario de autorización y, si me niego, mi elegibilidad para los beneficios del plan de salud y el tratamiento por parte de mi proveedor de atención médica no cambiarán, pero no tendré acceso al Programa.

AUTORIZO al Programa y a los administradores del Programa a comunicarse con la persona que figura a continuación para realizar preguntas adicionales sobre mi solicitud (solo se aplica si alguien completa esta solicitud por usted).

Este formulario de autorización tendrá vigencia durante 1 año, a menos que venza antes conforme a la ley o yo lo cancele por escrito. Tengo derecho a recibir una copia de este formulario después de firmarlo.

Firma del solicitante o tutor legal

X _____ Fecha: _____/_____/_____(MM/DD/AAAA)

Si alguien le ayudó a completar esta solicitud y desea que esta persona responda las preguntas por usted, proporcione el nombre y el número de teléfono de dicha persona:

Nombre del ayudante: _____ N.º de teléfono del ayudante: (_____) _____