AZ&ME Solicitud de medicamentos gratuitos de AstraZeneca

AZ&ME
AstraZeneca Prescription Savings Program

SOLICITUD DEL PACIENTE [*(Formulario AZMEAPPv1p2)*] **TIPO DE SOLICITUD:** ◯ Nueva ◯ Reinscripción

PRODUCTO(S) SOLICITADO(S): _____

① Complete el formulario en tinta **azul** o **negra** con letras legibles y llene los círculos por completo. Una vez completado, **fírmelo y envíelo por fax al [1-877-239-0867] junto con el Formulario para proveedores de AZ&ME**. Ambos formularios deben recibirse para determinar la elegibilidad. Si tiene preguntas o necesita asistencia, llame a AZ&Me, [de lunes a viernes, de 9 a. m. a 6 p. m., hora del Este, al 1-800-292-6363].

② **INFORMACIÓN DEL PACIENTE (PT)** (AZ&ME está disponible solo para pacientes que residen en EE. UU., no se requiere ciudadanía)

Fecha de nacimiento del PT: _____ **Sexo al nacer:** ◯ Masculino ◯ Femenino

Nombre del PT: _____ **Apellido del PT:** _____

Dirección: _____ **N.º de departamento** _____

Ciudad: _____ **Estado:** ___ **Código postal:** _____

Teléfono del PT: _____ **Tipo de teléfono del PT** ◯ Celular ◯ Particular

Correo electrónico del PT: _____

Idioma preferido ◯ Inglés ◯ Español ◯ Otro **Forma de comunicación preferida** ◯ Mensaje de texto ◯ Correo electrónico

③ **Contacto designado (DC)** (contacto personal con capacidad para actuar en nombre del paciente para acciones del programa que no sean la autorización; NO debe incluir a proveedores de atención médica, asesores financieros o representante de terceros)

Nombre del DC: _____ **Apellido del DC:** _____

Teléfono del DC: _____ **Tipo de teléfono del DC** ◯ Celular ◯ Particular

④ **Información sobre los ingresos**

Ingresos brutos anuales ajustados del hogar: $__ __ __ __ __ __ **Tamaño del grupo familiar (incluido el paciente):** __ __

⑤ **Información sobre el seguro**

¿Tiene seguro médico? ◯ Sí ◯ No (diríjase al paso 6)

Tipo de seguro (seleccione todas las opciones que correspondan)

◯ Medicare (Parte B/C/D): se requiere el identificador de beneficiario de Medicare (MBI): __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

◯ Otros programas patrocinados por el gobierno (Medicaid, SCHIP, TRICARE, VHA, IHS)

◯ Comercial/Privado (sin incluir planes de Medicare Advantage/complementarios)

⑥ **Autorización del paciente**: **¿Cuál es la opción que mejor lo describe?**

◯ **Paciente** ◯ **Representante legalmente autorizado (LAR)**: *Complete la información del LAR a continuación*

Nombre del LAR: _____ Apellido del LAR: _____

Relación con el LAR: _____ Fecha de nacimiento del LAR: _____

Teléfono del LAR: _____ Tipo de teléfono del LAR ◯ Celular ◯ Particular

Correo electrónico del LAR: _____

He leído y acepto la Autorización del paciente para el Programa de ahorro en recetas de AZ&ME en la página 2.

Firma del paciente/Representante legalmente autorizado **Fecha de hoy** (MM/DD/YYYY)**:** _____

FIRME

Para obtener una copia de la Información de prescripción de AstraZeneca, visite:
https://www.astrazeneca-us.com/medicines/astrazeneca-medications.html

AZ&Me es una marca comercial del grupo de compañías AstraZeneca. ©2022 AstraZeneca. Todos los derechos reservados. 06/26

AstraZeneca

SOLICITUD DE AZ&ME: AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE (Página 2)

Autorizo a mis proveedores de atención médica (Health Care Providers, HCP) y al personal, a mis planes de salud y a mi contacto designado a utilizar, compartir y verificar mi información médica protegida (mi "Información") con AstraZeneca, incluido el Programa de ahorro en recetas de AZ&ME ("Programa") y sus filiales y contratistas ("AstraZeneca"). Mi Información incluye los registros de salud relacionados con las recetas, los beneficios de mi plan de atención de la salud, características demográficas, información de contacto y cualquier otra información relacionada con mi salud. Mi información puede utilizarse a fin de determinar la elegibilidad para el Programa, administrar y mejorar el Programa, verificar la participación en el Programa con los planes de salud, incluido Medicare y el apoyo de transición a otro fabricante, cuando corresponda.

Toda la información que proporciono a AstraZeneca es verdadera y completa. Estoy autorizado a firmar cualquier documento relacionado con este Programa. Me comunicaré con el Programa si alguna parte de mi Información cambia. Es posible que los solicitantes tengan que solicitar los programas de asistencia gubernamental correspondientes para mantener la elegibilidad en el Programa. AstraZeneca puede cambiar o interrumpir el Programa en cualquier momento.

Comprendo que el Programa utilizará mi Información para acceder a mi información crediticia y a otras fuentes para calcular los ingresos de mi grupo familiar para la elegibilidad en el Programa. Como consulta de crédito blando, esta opción no afectará mi puntuación de crédito.

No cuento con NINGUNA cobertura para medicamentos recetados que ayude a pagar o pueda ayudar a pagar el medicamento solicitado (excepto Medicare). "Cobertura para medicamentos recetados" hace referencia a cualquier tipo de programa de seguro médico gubernamental (excepto Medicare) o seguro privado (comercial) que pueda cubrir su medicamento, aun si esa cobertura incluye un programa de financiamiento alternativo (en ocasiones, se llama exclusión de medicamentos especializados) que requiere que usted primero intente obtener su medicamento de un programa externo o de asistencia al paciente, como AZ&Me.

Comprendo y acepto que AstraZeneca se comunique conmigo por correo postal, correo electrónico, teléfono y mensaje de texto en función de los medios de comunicación proporcionados, que pueden incluir marcador automático o voz pregrabada. Es posible que se apliquen tarifas de mensajería y transferencia de datos.

Entiendo que es posible que las leyes federales de privacidad no protejan mi Información cuando esta se haya divulgado; sin embargo, AstraZeneca acepta proteger mi Información al usarla o divulgarla únicamente para los fines especificados.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y eso no cambiará mi elegibilidad para los beneficios del plan de salud o el tratamiento por parte de mi proveedor de atención médica, pero no tendré acceso a los Programas.

Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al **[1-800-292-6363]** o enviando por correo una carta donde se solicite dicha cancelación a AZ&ME a [One MedImmune Way, Gaithersburg, MD 20878]. Entiendo que una cancelación de este tipo no se aplicará a la Información que ya se haya utilizado o divulgado en función de esta Autorización antes de la recepción de la cancelación. Visite www.globalprivacy.astrazeneca.com para revisar nuestro Aviso de privacidad.

Esta Autorización vence dos (2) años después de la fecha de la firma, a menos que la ley estatal establezca un período de tiempo más breve.

AZ&Me es una marca comercial del grupo de compañías AstraZeneca. ©2022 AstraZeneca. Todos los derechos reservados. 06/26

AZ&Me Provider Form

AZ&ME™
AstraZeneca Prescription Savings Program

① HEALTHCARE PROVIDER (HCP) SHOULD COMPLETE THIS FORM *(Form AZMERXv1p1_26)*
Please complete form in **Blue** or **Black** ink with readable letters and fill in circles completely. Once completed, **sign and fax to 1-877-239-0867** from the HCP's Office.

HCP will not seek reimbursement or credit from products provided as part of this program from insurers or government programs. HCP attests that products requested are medically necessary for patient.

② PRESCRIBER INFORMATION **Facility NPI:** __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Facility Name: _____

HCP First Name: _____ **HCP Last Name:** _____

HCP NPI: _____

Contact Information (no PO Boxes)

Address: _____ **Suite No.** _____

City: _____ **State:** ____ **Zip:**_____

HCP Phone: _____ **HCP Fax:** _____

③ OFFICE CONTACT (OC)

OC First Name: _____ **OC Last Name:** _____

OC Phone: _____ **Extension:** _____

Email:_____

NEW YORK Prescribers *must ePrescribe or attach a separate prescription in accordance with NY pharmacy law.*

OHIO Prescribers*: Pursuant to OAC 4729-5-10, Ohio prescribers must be approved by the Ohio Board of Pharmacy to be a pick-up station.*

④ PRESCRIPTION

Patient First Name: _____

Patient Last Name: _____

Date of Birth: (MM-DD-YYYY) __ __ / __ __ / _____ ◯ **Dose Change**

Product: Lokelma Oral Suspension

Strength: ◯ 5 g **or** ◯ 10 g

Quantity: (Rx must be written in full pack quantities, multiples of 30) _____

Directions for Use:
◯ Take 1 packet by mouth daily
◯ Take 1 packet by mouth every other day
◯ Take 1 packet by mouth _____ times a week
◯ Other: _____

Refills (Select 1yr or enter #): ◯ 1yr or ◯ _____

Prescriber Signature (must be wet signature) **Today's Date:** (MM-DD-YYYY) __ __ / __ __ / _____

SIGN HERE

Please see full Prescribing Information, including boxed WARNINGS for AstraZeneca products at:
https://www.astrazeneca-us.com/medicines/astrazeneca-medications.html

AZ&Me is a trademark of the AstraZeneca group of companies.
©2024 AstraZeneca. All rights reserved. 06/26

AstraZeneca