

Solicitud de medicamentos gratuitos de AstraZeneca:

PO Box 222178, Charlotte, NC 28222



AstraZeneca Prescription Savings Program

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
- El medicamento se le enviará a su hogar o al consultorio del médico

¿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 ser parte del Programa si cumple con los siguientes requisitos:

- ✓ Es residente de los EE. UU.
- ✓ Cumple con ciertos límites de ingresos domésticos (visite www.azandmeapp.com o bien llame al **1-800-292-6363** o **1-800-AZandMe** para obtener más información)
- ✓ **Y una** de las siguientes opciones se aplica:
 - Usted no cuenta con una cobertura para medicamentos recetados que lo ayude a pagar sus medicamentos de AstraZeneca
 - Usted participa en Medicare Parte B o Parte D y ha gastado al menos el 3 % de los ingresos totales de su grupo familiar en medicamentos recetados durante el corriente año

La Ley de Cuidado de Salud Asequible creó 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

Los siguientes documentos deben enviarse por correo o por fax para completar su solicitud. Conserve esta página para sus registros.

Envíe los siguientes documentos **TODOS JUNTOS**:

- Una solicitud completa, firmada y fechada por usted y el emisor de sus recetas
Puede encontrar solicitudes en blanco en www.azandmeapp.com. Si solicita asistencia con productos de oncología o biología respiratoria, utilice la solicitud de AZ&Me para productos de atención especializada.
- La receta completada de la página 3 de esta solicitud
- Si está inscrito en Medicare Parte B o Medicare Parte D, también incluya lo siguiente:
Una copia de su declaración del Plan de medicamentos recetados de Medicare Parte B y/o Medicare Parte D (Explicación de los beneficios [Explanation of Benefits, EOB]), los recibos de la farmacia o un documento de resumen de su farmacia que indique cuánto ha gastado en medicamentos recetados en el año calendario actual; este total debe ser al menos el 3 % de su ingreso

No envíe sus registros médicos con su solicitud.

ENVÍE POR CORREO su solicitud completa, la receta y la documentación de Medicare (si corresponde) a:

**AZ&Me Prescription Savings Program
PO Box 222178
Charlotte, NC 28222**

O bien

El consultorio de su médico puede ENVIAR POR FAX su solicitud completada, la receta y la documentación requerida, con una portada de fax. Para todos los medicamentos no especializados: 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 para medicamentos recetados.

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

Una vez que esté inscrito en el Programa, sus recetas pueden reponerse fácilmente poniéndose en contacto con nuestra línea telefónica de lunes a viernes, de 9:00 A. M. a 6:00 P. M., hora del este.

¿Preguntas? Llame al **1-800-292-6363** de lunes a viernes, de 9:00 A. M. a 6:00 P. M., hora del este o visite **www.azandmeapp.com**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Escriba en letra de imprenta clara, con tinta azul o negra. Los asteriscos indican que los campos son obligatorios.

Principal idioma que habla: Inglés Español Otro: _____

Nueva solicitud Reinscripción

Nombre del paciente*: _____
Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento*: ____/____/____
(MM/DD/AAAA)

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

El paciente no tiene dirección actual. (Los medicamentos se enviarán al consultorio del proveedor de atención médica)
 Tenga en cuenta que: Los medicamentos no se pueden enviar a apartados de correo.

Teléfono*: (____) _____ Teléfono móvil: (____) _____ Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL EMISOR DE LA RECETA: Este formulario reemplazará todas las recetas anteriores que puedan haberse enviado.



Complete la receta en su totalidad.



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

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

Correo electrónico de emisor de la receta: _____ Identificador nacional de proveedores (NPI)*: _____

Número de licencia estatal (SLN): _____

Nombre de contacto en el consultorio*: _____ Teléfono*: (____) _____ Nombre de la práctica médica*: _____

Jeringa Pluma Vial Oral Otro

Medicamento*:	Concentración*:	Indicaciones*:	Cantidad*:	Reposiciones*:

ENVIAR MEDICAMENTO A: PACIENTE EMISOR DE LA RECETA†

(†Para los emisores de recetas en Ohio ÚNICAMENTE: 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.

¿Preguntas? Llame al **1-800-292-6363** de lunes a viernes, de 9:00 A. M. a 6:00 P. M., hora del este o visite **www.azandmeapp.com**

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

INGRESOS:

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

Verificación de ingresos: AZ&Me y sus agentes externos autorizados utilizarán mi fecha de nacimiento y/o información demográfica adicional según sea necesario para acceder a mi información de crédito e información derivada de fuentes públicas y otras fuentes para estimar mis ingresos durante el proceso de determinación de elegibilidad. Como consulta de crédito blando, esta opción no afectará mi puntuación de crédito. AZ&Me y sus agentes externos autorizados se reservan el derecho a solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento.

\$ _____ mensualmente O \$ _____ anualmente

Cantidad de personas en su hogar: _____ Cantidad de dependientes menores de 18 años 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:

- Cobertura del empleador o privada/comercial para medicamentos. Proporcione el nombre del plan y el número de identificación: _____
- Beneficios para militares o del Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA)
- Otra cobertura para medicamentos recetados _____
- Cobertura para medicamentos recetados de Medicaid
- Medicare Parte B (beneficio médico que cubre algunos medicamentos recetados)
- Medicare Parte D (cobertura para medicamentos recetados). Proporcione el nombre del responsable de los pagos: _____
- Subsidio por ingresos bajos

Si el medicamento requerido está cubierto por Medicare Parte B o Parte D, ¿cuánto dinero ha gastado en medicamentos recetados durante el corriente año? \$ _____

¿Tiene cobertura complementaria de Medicare (Medigap)? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿la cobertura complementaria cubre el costo en efectivo total de su medicamento? Sí No

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 pueden 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 tengo ninguna asistencia ni seguro que podría ayudarme a pagar mis medicamentos (que no sea 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 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 y/o cancelar mi permiso para usar mi información. Puedo visitar www.globalprivacy.astrazeneca.com para revisar el 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, es posible que las leyes federales de privacidad 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 del padre, la madre o el representante legalmente autorizado. *Si el paciente es menor, el padre, la madre o el representante legalmente autorizado deben firmar aquí.*

Relación con el paciente: Paciente Padre/Madre/Representante legalmente autorizado del paciente

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

Si alguien lo 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: (_____) _____



¿Preguntas? Llame al **1-800-292-6363** de
lunes a viernes, de 9:00 A. M. a 6:00 P. M., hora
del este o visite **www.azandmeapp.com**