

# Solicitud del paciente



ASTRAZENECA  
Patient Assistance Program

- Por favor, escriba con letra de imprenta legible en tinta negra o azul.
- No envíe cheques, dinero en efectivo ni giros postales con la solicitud.
- Verifique que ha completado toda la información.
- **¿Tiene alguna pregunta? Llame al 800-424-3727.**

## Sección 1: Información sobre el profesional de salud. *Debe ser completada por el médico que firma la receta.*

Nombre del médico	DEA/ N° de licencia estatal:	Teléfono: ( )
		Fax: ( )
Dirección:	Ciudad:	Estado: CÓD. POSTAL:

**Por favor, adjunte una receta original firmada por su médico.**

## Sección 2: Información sobre el paciente

Nombre del paciente:	Número de Seguro Social/green card:
Dirección:	Fecha de nacimiento: / /
Ciudad:	Estado: CÓD. POSTAL: Teléfono: ( )
¿Es alérgico a algún medicamento? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es Sí, anótelos: _____	Anote todos los medicamentos que esté tomando en la actualidad: _____
<b>Sexo</b> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> <b>Origen étnico</b> (opcional) Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
<b>Idioma principal</b> (opcional): Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	

## Información para la inscripción

Número de miembros que viven en el hogar (incluido usted): _____	Ingreso anual total para el hogar \$ _____	Residente de EE.UU.: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Discapacitado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Veterano: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>
--	--	---	---	--	---

## Documentación de ingresos según el IRS

**Si usted no presentó su declaración federal de impuestos para el año calendario pasado, firme la sección que sigue para solicitar un formulario 4506T del IRS. Este formulario se usará para verificar que usted de hecho no tuvo suficientes ingresos como para presentar su declaración de impuestos el año calendario pasado.**

Firma: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Información sobre la cobertura de medicamentos bajo receta/seguro

Cobertura de salud del empleador/particular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicare Parte A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cobertura de medicamentos bajo receta del empleador/particular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicare Parte B	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Medicaid	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicare Parte D	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Beneficios de veterano o militar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Programa Estatal de Apoyo al Paciente (SPAP, SCHIP, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Ha solicitado Medicaid previamente y se le ha negado?  Sí  No (Si contestó Sí, adjunte la copia de la carta de rechazo de Medicaid.)

## Consentimiento para divulgar información

Por la presente consiento en permitir que el Programa de Apoyo al Paciente de AstraZeneca y mi médico proporcionen esta información a cualquier farmacéutico participante y a terceros que se ocupen de ayudar al Programa de Apoyo al Paciente de AstraZeneca en la administración del programa. Entiendo que esta información será usada por el Programa de Apoyo al Paciente de AstraZeneca solamente para determinar mi elegibilidad para participar en el PAP y para administrar el programa (por ejemplo, comunicarse con las agencias aseguradoras, incluida Medicare Parte D si soy elegible para Medicare y como se indica en esta solicitud), y que el Programa de Apoyo al Paciente de AstraZeneca se reserva el derecho a comunicarse conmigo en cualquier momento y por cualquier razón y a pedirme más información. Si deseo una copia de la Declaración de Privacidad de AstraZeneca, puedo llamar al 1-800-424-3727.

Al firmar abajo verifico que la información contenida en esta solicitud, incluidas todas las copias de documentación de ingresos, está completa y es exacta, y que estoy autorizado para firmar esta solicitud. También verifico que no tengo otra cobertura para mis medicamentos bajo receta proporcionados a través del Programa de Apoyo al Paciente de AstraZeneca, incluidos Medicaid, Medicare (Parte B o Parte D), ni ningún otro programa de asistencia o de seguro, público o privado. Entiendo que el Programa de Apoyo al Paciente de AstraZeneca tiene derecho a verificar mi elegibilidad, con inclusión del derecho de auditar cualquier información proporcionada. Entiendo que me comunicaré con el Programa de Apoyo al Paciente de AstraZeneca si cambia alguna información acerca de la cobertura o el seguro para fármacos recetados. Entiendo y acepto que el Programa de Apoyo al Paciente de AstraZeneca tiene derecho a comunicarse conmigo acerca del PAP, esta solicitud, cualquier producto, programa o servicio que considere el Programa de Apoyo al Paciente de AstraZeneca de interés o valor para mí y para confirmar que he recibido los medicamentos. Asimismo, entiendo que el Programa de Apoyo al Paciente de AstraZeneca tiene derecho a revisar, cambiar o terminar este programa en cualquier momento y que yo puedo revocar este consentimiento y retirar mi participación en el PAP en cualquier momento, llamando al 1-800-424-3727.

Firma del paciente o tutor legal:	Fecha:
-----------------------------------	--------



## ASTRAZENECA Patient Assistance Program

# Solicitud del paciente

Para solicitar el Programa de Apoyo al Paciente (PAP) de AstraZeneca, lea las siguientes instrucciones. Por favor complete la solicitud, fírmela y envíela por correo a la dirección al pie de esta página. Incluya la documentación correspondiente sobre sus ingresos, como se indica en la lista a continuación, y una receta original firmada por su médico. Las solicitudes incompletas retrasan el trámite, de manera que si usted necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor comuníquese con el PAP de AstraZeneca al 800-424-3727.

### **INSTRUCCIONES:**

El PAP de AstraZeneca es un programa voluntario que ofrece a los pacientes que cumplan los requisitos acceso a los medicamentos de AstraZeneca. Las calificaciones del paciente se determinan según pautas establecidas por el PAP de AstraZeneca y conforme a las normas federales.

El PAP de AstraZeneca y sus agentes autorizados se reservan el derecho a pedir información adicional en cualquier momento y por cualquier motivo, y a suspender, terminar o de alguna forma revisar la ayuda o asistencia proporcionada según el PAP, que podría incluir la eliminación de ciertos productos del PAP o la modificación de los requisitos de participación.

### **REQUISITOS NECESARIOS:**

Los pacientes tienen que cumplir con los requisitos de ingresos y **no pueden recibir cobertura para medicamentos bajo receta** a través de un programa del gobierno o de su seguro particular, tal como:

- Medicaid
- Medicare (Parte B)
- Programa de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D)
- Cobertura Suplementaria de Medicamentos de Medicare
- Programas de apoyo para medicamentos recetados, patrocinados por el estado (SPAP, SCHIP, PACE, etc.)
- Cobertura de medicamentos según programas de empleados, sindicatos o jubilación
- Beneficios militares o de veteranos
- Algún otro programa particular de cobertura de medicamentos

Si un paciente parece reunir las condiciones para participar en el PAP y también parece reunir las condiciones para programas o ayuda del gobierno federal o del gobierno estatal, el PAP de AstraZeneca le ofrecerá al paciente una sesión personal de educación y consejos para ayudarlo a completar el trámite de solicitud para esos programas federales y estatales (de acuerdo a las limitaciones de los requisitos legales). Durante este plazo, el paciente se inscribirá en forma temporal en el PAP y podrá recibir como mínimo un aporte de medicamentos suficiente para 90 días (con excepción de los medicamentos que se envían solamente en cantidades para 30 días) para los medicamentos pedidos en esta solicitud, mientras completa el trámite de solicitud para los programas federales o estatales y espera que se confirme su aceptación en dichos programas.

### **Instrucciones importantes para el envío y la receta**

- Téngase en cuenta que FASLODEX® (fulvestrant inyectable), ZOLADEX® (implante de acetato de goserelina) y SEROQUEL® (fumarato de quetiapina) serán enviados al consultorio del médico. Todos los demás productos serán enviados a la dirección del paciente a menos que se especifique lo contrario.
- El medicamento será enviado en cantidad suficiente para 90 días de administración; por consiguiente, las recetas deben reflejar una cantidad suficiente para 90 días de medicamento para cada producto. Las excepciones a estas cantidades para 90 días son las siguientes: PULMICORT RESPULES® (suspensión de budesonida para inhalación), debe indicar si el producto se administrará una o dos veces por día y puede recetarse una cantidad para 30 días, 60 días o 90 días.

### **TODOS LOS PACIENTES DEBEN PRESENTAR LO SIGUIENTE:**

1. **Formulario de solicitud completado** y firmado por el paciente.
  2. **Receta original del paciente** firmada por el médico.
  3. **Copias de verificación de ingresos** del paciente y de las personas dependientes en el hogar.
- Los documentos aceptables incluyen los que siguen:
- Formulario federal de declaración de impuestos sobre la renta (1040, 1040A o 1040EZ, 1040X, 1722, 8453, 8879, 1099INT)
  - Declaración anual de prestaciones (SSA 1099 ó 4506T)
  - Hoja de trabajo "Telefile" del IRS
  - Declaración de impuestos W2
  - Declaraciones de Seguro Social, pensión o jubilación de empleados de ferrocarriles (SSA-1099, 4506T)
  - Declaraciones de ingresos por intereses, dividendos o algún otro ingreso (1099-INT, 1099, 1099T, 1099-DIV)
- **Si el paciente no presentó su declaración federal de impuestos sobre la renta** para el año anterior, debe completar y firmar la sección *Documentación de Ingresos para el IRS* que está al dorso de este formulario y debe incluir copias de todos los demás documentos para comprobar sus ingresos.
- **Las personas que no sean ciudadanas de los Estados Unidos** deben proporcionar un número válido de tarjeta de residente permanente o una copia de su carta de confirmación del gobierno que declare que el paciente ha solicitado la residencia permanente en Estados Unidos (*Green Card*).
- **Si el paciente no puede proporcionar documentos que verifiquen sus ingresos** o si el paciente necesita ayuda para hacer la solicitud, por favor, llámenos al 800-424-3727.

### **TODOS LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA DEBEN PRESENTAR LO SIGUIENTE:**

1. La receta original firmada
2. La sección completada por el médico

SEROQUEL, puede recetarse en una cantidad para 30 días, 60 días o 90 días. ZOLADEX, puede recetarse para 1 dosis de 3.6 mg depot o 1 dosis de 10.8 mg depot.

- Para productos INYECTABLES, el personal del consultorio médico o el paciente deben llamar por teléfono para pedir la cantidad MENSUAL, entre 7 y 10 días ANTES de la cita del paciente con el médico.
- Las cantidades para todos los otros productos pueden obtenerse llamando al 800-424-3727. FASLODEX, ZOLADEX y SEROQUEL son marcas registradas del grupo de compañías AstraZeneca.

### **ENVÍE LAS SOLICITUDES COMPLETADAS A:**



AstraZeneca Patient Assistance Program  
PO Box 66551  
St. Louis, MO 63166-6551



Si tiene preguntas relacionadas con el PAP, llame al 800-424-3727, o



visite nuestro sitio Web en [www.astrazeneca-us.com/drugassist/](http://www.astrazeneca-us.com/drugassist/)

La inscripción en el PAP dura hasta un (1) año. Se le enviarán automáticamente al paciente un recordatorio y una solicitud para renovar la inscripción antes de la fecha de renovación.