

# Solicitud *de* medicinas gratis de AstraZeneca

PO Box 66551, St. Louis, MO, 63166-6551



Programas de ahorros en medicinas de venta con receta

## ¿Qué son los Programas de ahorros en medicinas de venta con receta AstraZeneca Conmigo?

- Los Programas de ahorros en medicinas de venta con receta AstraZeneca Conmigo (el Programa) son un grupo de programas que ofrece AstraZeneca y que le permiten recibir medicinas de manera gratuita si reúne las condiciones para participar. No es un programa del gobierno ni un plan de seguro.
- Si reúne las condiciones, puede obtener medicinas de AstraZeneca de forma gratuita por hasta un año, según el programa en que se inscriba. AstraZeneca le enviará una solicitud de renovación en cuanto termine su periodo de inscripción.
- La mayoría de las medicinas se enviarán directamente a su casa. Algunas medicinas llegarán al consultorio de su médico, a menos que su médico nos envíe una carta indicando que esas medicinas se le pueden enviar a usted a su domicilio.
- La mayoría de las medicinas se envían en suministros suficientes para 90 días.

## ¿Quién es AstraZeneca?

- AstraZeneca es una empresa que fabrica medicinas de venta con receta médica
- Desde 1978, AstraZeneca ha ofrecido programas de ahorros en medicinas de venta con receta médica a personas que reúnen las condiciones necesarias.

*AstraZeneca puede modificar o interrumpir el programa en cualquier momento o por cualquier motivo.*

## ¿Reúne usted las condiciones para participar en el programa?

Usted puede reunir las condiciones para participar en el Programa si:

- ✓ Es residente de los Estados Unidos, tiene una tarjeta de residencia o una visa de trabajo.
- ✓ Usted satisface ciertos límites de ingresos:

Nº de personas en su familia	Total de ingresos mensuales	Total de ingresos anuales
1 persona	menos de \$2,500 al mes	menos de \$30,000 al año
2 personas	menos de \$3,333 al mes	menos de \$40,000 al año
3 personas	menos de \$4,166 al mes	menos de \$50,000 al año
4 personas	menos de \$5,000 al mes	menos de \$60,000 al año
5 personas	menos de \$5,833 al mes	menos de \$70,000 al año

*Los límites de ingresos pueden ser más altos en Alaska y Hawaii*

- ✓ **Y usted** cumpla con una de las siguientes condiciones:

<input type="checkbox"/> Usted no cuenta con cobertura de medicinas de venta con receta que le ayude a pagar sus medicinas de AstraZeneca.	<input type="checkbox"/> Usted participa en Medicare Parte D y este año ya ha gastado el 3% de los ingresos anuales de su grupo familiar en gastos de su bolsillo en sus medicinas de venta con receta.	<input type="checkbox"/> Recién acaba de enfrentar una dificultad financiera: <i>(marque a continuación la casilla que corresponda y envíe junto con su solicitud documentos que respalden esta afirmación)</i> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Cambios en los ingresos del grupo familiar (se requiere carta del empleador)<ul style="list-style-type: none"><li>• Pérdida del empleo (se requiere carta del antiguo empleador o de la oficina de desempleo)</li><li>• Pérdida o cambio de cobertura para medicinas de venta con receta</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> Cambio de estado civil (se requiere documento legal que lo compruebe)</li><li><input type="checkbox"/> Cambio en el número de miembros del grupo familiar (se requiere copia del certificado de nacimiento o de defunción)</li></ul>
--	---	--

**Si piensa que reúne las condiciones para participar en el programa:**

Llene esta solicitud  visite [www.azandme.com](http://www.azandme.com) para llenar nuestra solicitud en Internet.

*¿Tiene preguntas? Llame al 1-800-424-3727 o visite [www.astrazenecaconmigo.com](http://www.astrazenecaconmigo.com)*

Escriba con claridad en letra de imprenta y con tinta **negra o azul**.

## Información personal

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mes/día/año)  
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Estado civil:

- Casado/a     Divorciado/a  
 Soltero/a     Viudo/a

### Sexo:

- Masculino     Femenino

### Veterano/a de guerra de los EE.UU.:

- Sí     No

### Lengua materna: (opcional)

- Inglés  
 Español  
 Otra \_\_\_\_\_

### Discapacitado/a: (aprobado por el Seguro Social)

- Sí     No

Si tiene número de seguro social, escríbalo aquí.

Esta información sólo se utilizará para determinar si usted reúne las condiciones para participar y una vez califique como se describe a continuación.

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Si no tiene número de seguro social debe ofrecer **uno** de los siguientes:

- Número de la tarjeta de residencia \_\_\_\_\_  
 Copia de la carta de confirmación del gobierno que diga que solicitó una tarjeta de residencia en Estados Unidos  
 Número de visa de trabajo \_\_\_\_\_

## Ingresos

Número de personas en su grupo familiar \_\_\_\_\_  
(usted, su cónyuge y sus dependientes)

¿Cuánto es el ingreso total combinado del grupo familiar? \$ \_\_\_\_\_ mensuales  \$ \_\_\_\_\_ anuales  
(usted, su cónyuge y sus dependientes)

**NOTA:** Deberá ofrecer prueba de ingresos (para ver información detallada sobre esto, consulte la página 4).

## Seguro

¿Tiene algún tipo de seguro para **medicinas** de venta con receta?

- Cobertura privada para medicinas o por parte de tu empleador  
 Medicaid  
 Medicare Parte A  
 Medicare Parte B  
 Medicare Parte D  
 Beneficios para militares o de la Administración de Veteranos  
 Programa estatal de asistencia para medicinas  
 **Ninguno**

(llene la hoja de Medicare Parte D en la página 3)

**¿Tiene preguntas? Llame al 1-800-424-3727 o visite [www.astrazenecaconmigo.com](http://www.astrazenecaconmigo.com)**

**SOLO PACIENTES DE MEDICARE PARTE D** Para averiguar si reúne las condiciones, siga los siguientes pasos:

- Hoja de Ayuda con medicinas de venta con receta de Medicare Parte D**
- Obtenga uno de los siguientes documentos:
    - Informe de Explicación de Beneficios de su proveedor del plan Medicare Parte D
    - Documento impreso por su farmacia de su historia de consumo de medicinas de venta con receta desde principio de año a la fecha
  - Ponga la suma total de dinero que su grupo familiar ha gastado durante este año en medicinas de venta con receta..... \$ \_\_\_\_\_
  - Ponga el ingreso total bruto que espera ganar este año ..... \$ \_\_\_\_\_
  - Multiplique la línea 3 por el 3% (.03) – por ejemplo: \$15,000 x .03 = \$450 ..... \$ \_\_\_\_\_
  - ¿La línea 2 es **MAYOR QUE** la línea 4?
    - Sí** → *Firme en la siguiente línea*
    - No** → *En este momento no reúne las condiciones*

*Mediante mi firma a continuación, certifico que estoy autorizado a firmar y que la información suministrada al Programa de ahorros en medicinas de venta con receta AstraZeneca Conmigo es completa y correcta, y que reúno las siguientes condiciones: 1) Estoy inscrito en un plan de Medicare Parte D; 2) Reúno las condiciones de ingresos para participar en este programa; y 3) He gastado por lo menos el 3% de los ingresos anuales de mi grupo familiar en medicinas de venta con receta para paciente ambulatorio durante este año calendario.*

**SOLO los pacientes de Medicare Parte D deben firmar aquí:** X \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mes/día/año)

**Consentimiento** (TODOS los solicitantes deben llenar esta sección)

**Autorizo** al programa, a los administradores del programa y a mi médico a que:

- Verifiquen mi información y se aseguren de que es real y completa
- Compartan mi información con los farmacéuticos que suministren mis medicinas
- Compartan mi información con las personas que colaboren con el programa
- Se comuniquen conmigo por correo o por teléfono para hablar sobre el programa y sobre otros productos, programas o servicios que me puedan interesar
- Se comuniquen conmigo para asegurarse de que he recibido las medicinas enviadas por el programa

**Declaro que:**

- Toda la información que aparece en esta solicitud, incluidas todas las copias de los documentos con mis ingresos, es real y completa.
- Estoy autorizado a firmar esta solicitud.
- No cuento con asistencia o cobertura de seguro que me ayude a pagar mis medicinas (que no sea Medicare Parte D, si corresponde)
- Me comunicaré con el programa si llega a cambiar alguno de mis datos sobre la cobertura de medicinas de venta con receta o sobre mi seguro

**Entiendo** que el programa utilizará mi información exclusivamente para:

- Decidir si reúno las condiciones para participar en el programa
- Administrar o mejorar el programa
- Comunicarse con planes de seguro, incluidos los planes de Medicare Parte D
- Compartir mi información con los Centros de servicios de Medicare y Medicaid

**Comprendo** que puedo llamar al 1-800-424-3727 en cualquier momento para:

- Abandonar el programa.
- Cancelar el permiso que he otorgado para que usen mi información y abandonar el programa.
- Obtener una copia de la Declaración de privacidad de AstraZeneca

**Comprendo que:**

- El programa puede pedirme más información en cualquier momento
- AstraZeneca puede modificar o interrumpir el programa en cualquier momento o por cualquier motivo

**Autorizo** al programa y sus administradores a que se comuniquen con la persona que indico más adelante con preguntas de seguimiento acerca de mi solicitud (esto corresponde únicamente si otra persona llenó la solicitud en su nombre).

**Firma del solicitante o del tutor legal**

X \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mes/día/año)

*Si alguien le ayudó con esta solicitud, y quiere que esa persona conteste preguntas en su nombre, indíquenos el nombre y número de teléfono de la persona.*

Nombre de la persona que le ayudó: \_\_\_\_\_ Teléfono de la persona que le ayudó: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Información sobre el médico

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de permiso estatal \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

→ **Asegúrese de incluir la receta junto con la solicitud.**

## Medicinas

Enumere todas las medicinas que **toma**:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

*Si necesita más espacio, use una hoja adicional.*

Enumere todas las medicinas a las que sea **alérgico**:

_____
_____

## Siguiente paso

### Envíe lo siguiente:

- ✓ Su solicitud completa
- ✓ Su receta
- ✓ Prueba de ingresos: *(incluya uno de los siguientes)*
  - Una copia de la declaración de impuestos del gobierno federal del año pasado de usted, su cónyuge y sus dependientes
  - Todas las declaraciones de ingresos de sus trabajos (W2 o 1099)
  - Declaración anual de beneficios de ingresos del Seguro Social

### Si tiene Medicare Parte D:

- ✓ Suma total gastada este año en medicinas de venta con receta por su grupo familiar: *(incluya uno de los siguientes)*
  - Informe de Explicación de Beneficios de su proveedor del plan de Medicare Parte D
  - Documento impreso por su farmacia de su historia de consumo de medicinas de venta con receta desde principio de año a la fecha

### Si ha enfrentado alguna dificultad financiera:

- ✓ Documentos que permitan comprobar su nueva realidad y su nueva situación en cuanto a ingresos

**¿Tiene preguntas? Llame al 1-800-424-3727 o visite [www.astrazenecaconmigo.com](http://www.astrazenecaconmigo.com)**

### ENVÍE la solicitud completa a:

AZ&Me Prescription Savings Program  
PO Box 66551  
St. Louis, MO 63166-6551



### ENVÍE POR FAX la solicitud completa a:

800-961-8323

**NOTA:** Si envía la solicitud por fax, el consultorio de su médico debe enviar la receta correspondiente.