

# Solicitud *para* Medicinas gratis de AstraZeneca

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



## ¿Qué es el Programa de ahorros en medicinas de venta con receta AstraZeneca Conmigo?

- El Programa de ahorros en medicinas de venta con receta AstraZeneca Conmigo (el Programa) es un programa que ofrece AstraZeneca y que le permite 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 hasta por 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. Sin embargo, algunas medicinas se deben enviar al consultorio de su médico a menos que éste envíe una carta al Programa indicando que se pueden enviar a su casa.
- 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:

- No cuenta con otro seguro que le ayude a pagar sus medicinas de AstraZeneca **O** participa en Medicare Parte D.
- Es residente de los Estados Unidos, tiene una tarjeta verde de residencia o una visa de trabajo.
- Sus ingresos están dentro de los límites de la tabla a continuación.
- Tiene Medicare Parte D y este año ya ha gastado como mínimo el 3% de los ingresos anuales de su grupo familiar en gastos de su bolsillo para sus medicinas de venta con receta.

## ¿Cómo empieza?

- Rellene esta solicitud **O** complete la solicitud en línea al visitar [www.azandme.com](http://www.azandme.com).
- Si tiene problemas para rellenarla, llame al 1-800-236-9933
- Envíela a:

AZ&Me Prescription Savings Program  
PO Box 66551  
St. Louis, MO, 63166-6551  
**O**  
Fax: 1-800-961-8323

## Límites de ingresos para poder participar

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

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

## De su doctor. *Use letra de imprenta clara con tinta azul o negra.*

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Número de permiso estatal o Número DEA \_\_\_\_\_ Fax ( ) \_\_\_\_\_  
(pregúntele a su doctor)

Dirección \_\_\_\_\_

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

Incluya la receta médica con esta solicitud

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

## Información personal

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (día/mes/año)

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

### Estado civil:

Casado/a  Divorciado/a

Soltero/a  Viudo/a

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

Sí  No

### Discapacitado/a:

Sí  No

### Lengua materna (opcional):

Inglés

Español

Otra \_\_\_\_\_

### Origen étnico (opcional):

Asiático

Negro

Hispano

Blanco

Otro \_\_\_\_\_

Si tiene **número de seguro social**, escríbalo aquí.

Esta información sólo será utilizada 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, deberá suministrar **uno** de los siguientes:

Número de tarjeta de residencia \_\_\_\_\_

Copia de la carta de confirmación del gobierno afirmando que usted ha solicitado la residencia en Estados Unidos

Número de Visa de trabajo \_\_\_\_\_

## Medicinas

Indique todas las medicinas que **tome**:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enumere todas las medicinas a las que sea

**alérgico/a:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adjunte otra hoja si necesita más espacio.

## Ingresos

Número de personas en su familia

(usted, su cónyuge y sus dependientes): \_\_\_\_\_

Ingresos totales combinados suyos, de su cónyuge y de sus dependientes:

\$ \_\_\_\_\_ por mes    **O**    \$ \_\_\_\_\_ por año

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

## Comprobante de ingresos

¿Tiene una copia de su declaración del impuesto federal a las ganancias del año pasado?

### SÍ

Envíenos una copia de la **Declaración del impuesto federal a las ganancias** del año pasado suya, de su cónyuge y de sus dependientes

### NO

Si usted no presentó una declaración del impuesto federal a las ganancias el año pasado, **debe** enviar una copia de:

- Todas las declaraciones de ingresos de sus trabajos (W2 ó 1099)
- o
- Declaración anual de beneficios de ingresos del Seguro Social

## Seguro

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Provisto por el empleador o cobertura privada para medicinas | <input type="checkbox"/> VA o Beneficios militares               |
| <input type="checkbox"/> Medicaid   | <input type="checkbox"/> Programa estatal de ayuda con medicinas |
| <input type="checkbox"/> Medicare Parte A   | <input type="checkbox"/> Otro: _____                             |
| <input type="checkbox"/> Medicare Parte B   | <input type="checkbox"/> Ninguno                                 |
| <input type="checkbox"/> Medicare Parte D (complete la sección a continuación)        |  |

**Si ha indicado que tiene Medicare Parte D, por favor complete esta sección.**

¿Cuánto han gastado en su hogar en medicinas de venta con receta desde principios del año?

\_\_\_\_\_

Proporcione documentos que respalden la suma que ha indicado arriba como su más reciente informe de Explicación de Beneficios (EOB) de su proveedor de Medicare Parte D o un informe impreso de su farmacia que indica las medicinas de venta con receta en lo que va de este año, y el monto que han gastado en medicinas de venta con receta en su hogar en lo que va de este año.

Mediante mi firma al pie, certifico que estoy autorizado para firmar y que la información suministrada al programa AstraZeneca Conmigo es completa y verdadera y que reúno los siguientes requisitos para tener derecho al mismo:

- i. Estoy inscrito(a) en Medicare Parte D;
- ii. Tengo ingresos iguales o inferiores a \$30,000 como individuo o a \$40,000 como pareja; y
- iii. He gastado por lo menos el 3% de los ingresos del hogar en medicinas de venta con receta como paciente ambulatorio durante este año calendario

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
(escriba en letra de imprenta) Fecha: \_\_\_\_\_

## ¿Ha experimentado un cambio de situación?

Si ha experimentado algún cambio de situación que usted considera que modifica su elegibilidad, marque la casilla adecuada a continuación y proporcione documentación que compruebe y explique su situación. Las situaciones específicas y ejemplos de documentación aceptables incluyen:

- Pérdida del empleo (se requiere una carta de su antiguo empleador, servicio de desempleo o médico)
- Cambio en los ingresos familiares anuales (se requiere documentación financiera, por ejemplo carta del empleador)
- Pérdida o cambio en la cobertura de seguro de medicinas de venta con receta
- Cambio de estado civil (se requiere documento legal que compruebe el cambio de estado civil)
- Cambio de número de miembros de la familia (copia de certificado de nacimiento o de defunción)

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

## Consentimiento *(Todos los solicitantes deben completar esta sección)*

Yo **autorizo** al Programa, a los administradores del Programa y a mi doctor para que:

- Verifiquen mi información para asegurarse de que sea verdadera y completa
- Compartan mi información con los farmacéuticos que suministran mis medicinas
- Compartan mi información con las personas que colaboran con el Programa
- Se comuniquen conmigo por correo o por teléfono para hablar acerca del Programa y acerca de 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 en esta solicitud, incluidas todas las copias de los documentos que comprueban mis ingresos, es verdadera y completa
- Estoy autorizado para firmar esta solicitud
- No recibo asistencia ni tengo seguro que me ayude a pagar las medicinas (aparte de Medicare Parte D, si fuera el caso)
- Me comunicaré con el Programa si alguno de mis datos en cuanto a la cobertura para medicinas de venta con receta o de seguro cambia

**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 seguros, entre ellos, los planes de Medicare Parte D
- Compartir mi información los Centros de servicios de Medicare y Medicaid

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

- Retirarme del Programa
- Retirar la autorización para utilizar mi información y retirarme del Programa
- Obtener una copia de la Declaración de privacidad de AstraZeneca

**Entiendo** 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 a sus administradores para que se comuniquen con la persona que indico más adelante con preguntas de seguimiento en cuanto a mi solicitud (esto corresponde únicamente si otra persona completó esta solicitud en su nombre).

### Firma del solicitante o del tutor legal

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

*Nombre de quien lo ayudó: \_\_\_\_\_ Teléfono de quien lo ayudó: ( ) \_\_\_\_\_*

### Antes de enviar esta solicitud por correo

**Debe:**

- Adjuntar su receta médica
- Adjuntar una copia de la declaración de impuestos del año pasado, de la de su esposa y de la de sus dependientes (u otro comprobante de ingresos)
- Incluir el número de licencia de su doctor (pídaselo a su doctor)
- Adjunte su informe más reciente de Explicación de Beneficios (EOB) de su proveedor de Medicare Parta D o una página impresa por su farmacia con los gastos en medicinas de venta con receta en lo que va de este año (si tiene Medicare Parte D)
- Adjunte documentos de apoyo que expliquen el cambio de situación (si fuera el caso)

**Enviar la solicitud completa por correo a:**

AZ&Me Prescription Savings Program  
PO Box 66551  
St. Louis, MO 63166-6551  
O  
Fax: 800-961-8323

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