

Gracias por descargar este documento de asistencia de medicamentos recetados de NeedyMeds. Esperamos que este programa le ayude a obtener el medicamento que necesita.

RECUERDE — Envíe su solicitud completa a la dirección en el formulario, NO a NeedyMeds.

¿Sabías que NeedyMeds tiene miles de otros recursos gratuitos?

Aquí hay un vistazo a más formas en que podemos ayudarlo a ahorrar dinero en costos de medicamentos y atención médica. Cada uno se puede encontrar en la pestaña “Ahorros al Paciente” en nuestro sitio web:

- **Asistencia Basada en Diagnóstico** – NeedyMeds enumera miles de programas de asistencia para casi cualquier problema de salud. Si usted está pasando por el tratamiento de quimioterapia para el cáncer, hay programas que pueden ayudar con los costos de la peluca y los productos de enfriamiento del cuero cabelludo. También enumeramos recursos para pruebas de diabetes gratuitas, apoyo de alojamiento para cuidadores y mucho más.
- **Clínicas Gratuitas/Bajo Costo/Escala Móvil** — Esta popular colección contiene información sobre 18.000 clínicas médicas, dentales, de salud mental y de abuso de sustancias gratuitas, de bajo costo y de escala móvil en los Estados Unidos. Es un gran recurso si necesita un tratamiento médico asequible y no sabe a dónde ir.
- **Cupones, Reembolsos y Más** – Puede usar el sitio web de NeedyMeds para encontrar más de 2,600 oportunidades de ahorro de costos para medicamentos recetados y de venta libre y suministros médicos.
- **Transporte Médico** – ¿Necesita ayuda para llegar al consultorio del médico o al centro médico? Puede ser elegible para recibir asistencia financiera si cumple con ciertos requisitos.

NeedyMeds también ofrece información sobre campamentos y retiros basados en diagnósticos, programas recreativos, becas, programas gubernamentales, programas de medicamentos genéricos de \$4 y más.

Por último, quiero hablarles sobre la Tarjeta de Descuento de Medicamentos de NeedyMeds. Miles de personas utilizan esta herramienta gratuita, anónima y fácil de usar para obtener el mejor precio en sus medicamentos. Utilice la tarjeta para obtener descuentos en pruebas de laboratorio y también para ahorrar un 40% en equipos médicos duraderos. Hasta la fecha, nuestra tarjeta de descuento en medicamentos les ha ahorrado a pacientes más de \$300,000,000. Consulte la siguiente página para obtener más información.

No dude en llamar a nuestra línea de ayuda gratuita si tiene alguna pregunta. Puede comunicarse con nosotros al 1-800-503-6897 de Lunes-Viernes, de 9am-5pm Hora Este.

Gracias por usar NeedyMeds. Háganos saber si podemos hacer algo más para ayudarlo a pagar los costos de su atención médica.



Rich Sagall, MD
President, NeedyMeds

Corte la tarjeta y ahorre



TARJETA DE DESCUENTO DE MEDICAMENTOS

BIN: 020750
RX PCN: NMeds
RX GRP: PDFPDF
ID: NMNA019309901930

Atención al Cliente
1-888-602-2978

Este es un programa de descuento de medicamentos, no un plan de seguros.

Tarjeta de Descuento de Medicamentos NeedyMeds
www.needymeds.org

Paciente: Puede usar esta tarjeta en cualquier de las más de 65,000 farmacias participantes para ahorrar en todos los medicamentos recetados. No puede usar esta tarjeta con Medicare incluyendo la parte D, Medicaid o cualquier otro programa estatal o federal, a menos que decidas no usar su programa patrocinado por el gobierno. Además, no puede utilizar esta tarjeta con ningún programa de seguro médico, pero puede utilizarla en lugar de su seguro si la tarjeta ofrece un mejor precio. Para preguntas, llame al 1-888-602-2978 o visite www.drugdiscountcardinfo.com.

Farmacéutico: Administrado por la Compañía Medica Sercurity, LLC, Tucson, AZ.



Línea de Ayuda de Farmacia: 1-800-404-1031.

- Ahorre hasta un 80% en medicamentos*
- Use en más de 65,000 farmacias a escala nacional, incluso todas las cadenas principales
- Comparta la tarjeta con amigos y familia
- Use la tarjeta tan a menudo como sea necesario
- Gratis, sin cargos ni registro
- Nunca expira

¿Qué recibirá un descuento?

Todos los medicamentos recetados son elegibles para ahorros, incluyendo medicamentos de venta libre y suministros médicos escritos como receta médica, así como medicamentos para mascotas que son equivalentes a las humanas, con receta por un veterinario.

También puede ahorrar hasta un 40% de descuento en equipos médicos duraderos, incluyendo los bastones, muletas, férulas, suministros de incontinencia y más. También puede ahorrar en suministros para diabéticos como medidor es de glucosa, tiras reactivas, lancetas y zapatos para diabéticos.

Visite www.needymeds.org/dme para obtener más información.

¿Qué pasa si tengo seguro?

Cualquiera puede usar la tarjeta, pero no se puede combinar con un seguro estatal o federal.

Puede utilizar la tarjeta en lugar del seguro si:

- Un medicamento no está cubierto por su seguro
- Su seguro no tiene cobertura de medicamentos
- Tienes un deducible de medicina alta
- Ha cumplido con el límite bajo en medicamentos
- La tarjeta ofrece un mejor precio que su copago
- Usted está en la brecha de cobertura de la Parte D de Medicare

Para obtener una tarjeta de descuento de medicamentos plástica, envíe un sobre auto dirigido y con sello a:

NeedyMeds Drug Discount Card
50 Whittemore St.
Gloucester, MA 01930

La tarjeta no es válida en combinación con planes de seguro, incluyendo Medicare, Medicaid o cualquier seguro de prescripción estatal o federal. La tarjeta se puede utilizar solo si decide no usar su plan de medicamentos patrocinado por el gobierno para su compras.

*Ahorro promedio de 60%, con ahorros potenciales de hasta el 80% o más (basados en datos nacionales de ahorro de 2018).
Todos los medicamentos recetados son elegibles para ahorros.

Este es un programa de descuento de medicamentos, no un plan de seguro. Los descuentos están disponibles exclusivamente a través de las farmacias participantes. La gama de descuentos variará dependiendo del tipo de receta y la farmacia elegida. Este programa no realiza pagos directamente a las farmacias. Los usuarios están obligados a pagar por todas las compras con receta. No se puede utilizar junto con el seguro. Puede llamar al 1-888-602-2978 con preguntas o inquietudes, o para obtener más información.

Solicitud de medicamentos gratuitos de AstraZeneca:

Productos de atención especializada (productos biológicos de oncología y sistema respiratorio/inmunología) 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 los documentos de renovación a medida que se acerque su fecha de finalización de inscripción
- La mayoría de los medicamentos se enviarán a su hogar. Algunos medicamentos se enviarán al consultorio de su médico debido a requisitos específicos de manipulación

¿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 participar en el Programa si cumple con los siguientes requisitos:

- ✓ Es residente de los EE. UU
- ✓ Alcanza determinados límites de ingresos del grupo familiar (visite www.azandmeapp.com o llame al **1-800-292-6363** o **1-800-AZandMe** para conocer más detalles)
- ✓ **Y una** de las siguientes opciones se aplica:
 - Usted no cuenta con una cobertura para medicamentos recetados que le ayude a pagar sus medicamentos de AstraZeneca
 - Participa en la Parte B o Parte D de Medicare
 - Participa en la Parte B o Parte D de Medicare, o Medicare Advantage

Revise la lista de verificación de la siguiente página para asegurarse de que su solicitud esté completa y lista para enviarla.

Lista de verificación para la solicitud del Programa de ahorros en medicamentos recetados AZ&Me

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

Envíe los siguientes documentos **TODOS JUNTOS**:

- Una solicitud completada, firmada y fechada por usted y el emisor de su receta.
Puede encontrar solicitudes en blanco en www.azandmeapp.com. Esta solicitud es para nuestros medicamentos de atención especializada (productos biológicos de oncología y sistema respiratorio/inmunología). Las solicitudes para otros productos de AZ están disponibles en www.azandmeapp.com.
- La receta completada en la página 3 de esta solicitud

No envíe sus registros médicos con su solicitud.

ENVÍE POR CORREO POSTAL su solicitud completada, la receta y la documentación de prueba de ingresos requerida a la siguiente dirección:

**Programa de ahorros en medicamentos recetados AZ&Me
PO Box 222178
Charlotte, NC 28222**

O

El consultorio de su médico puede ENVIAR POR FAX su solicitud completa, la receta y la documentación requerida, con una portada de fax.

Para todas las marcas de atención especializada (productos biológicos de oncología y sistema respiratorio/inmunología): 1-877-239-0867.

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 de medicamentos recetados.

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

Una vez que esté inscrito en el Programa, puede reponer sus recetas fácilmente llamando a nuestra línea de teléfono 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**

Fax para marcas de atención especializada (productos biológicos de oncología y sistema respiratorio/inmunología): 1-877-239-0867

Solicitud de medicamentos gratuitos de AstraZeneca

Productos de atención especializada (productos biológicos de oncología y sistema respiratorio/inmunología) Página 3 de 5



AstraZeneca Prescription Savings Program

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE:

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

Nueva solicitud Reinscripción

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

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

Si está cubierto por Medicare, incluya el número de MBI de Medicare que se encuentra en su tarjeta de Medicare*: _____

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

El paciente no tiene dirección actual. (Los medicamentos se enviarán al consultorio del profesional de atención médica). TENGA EN CUENTA: Los medicamentos no se pueden enviar a apartados de correos.

Marque la casilla del número de teléfono preferido para ponerse en contacto con usted: Teléfono*: (____) _____

Teléfono celular: (____) _____ Correo electrónico: _____

Idioma principal que habla: Inglés Español Otro: _____

Descargado de NeedyMeds.org

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



El médico emisor de la receta DEBE completar esta sección



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

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

Correo electrónico del emisor de la receta: _____ Identificador nacional de proveedores*: _____ Número de licencia estatal: _____

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

Jeringa Pluma Ampolla Oral Otro

Medicamento*	Concentración*	Dosis*	Frecuencia/Instrucciones* (para medicamentos basados en el peso, incluya la dosis exacta o el peso del paciente)	Cantidad*	Reposiciones*	Formulario* - Jeringa - Pluma - Ampolla - Oral - Inhalador

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: (debe ser una firma manuscrita) _____ **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**

Fax para marcas de atención especializada (productos biológicos de oncología y sistema respiratorio/inmunología): 1-877-239-0867

Solicitud de medicamentos gratuitos de AstraZeneca

Productos de atención especializada (productos biológicos de oncología y sistema respiratorio/inmunología) Página 4 de 5



AstraZeneca Prescription Savings Program

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

INGRESOS:

\$ _____ Mensual O \$ _____ Anual

Verificación de ingresos: AZ&Me y sus agentes externos autorizados utilizarán mi fecha de nacimiento o información demográfica adicional según sea necesario para acceder a mi información crediticia e información derivada del público y otras fuentes para calcular mis ingresos junto con el proceso de determinación de elegibilidad. Como es una solicitud de crédito blando, esta opción no afectará mi puntuación de crédito. AZ&Me y sus agentes externos autorizados se reservan el derecho de solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento.

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

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

(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. Indique el nombre del plan y el número de identificación: _____

Beneficios para militares o del Departamento de Asuntos de los Veteranos Otra cobertura para medicamentos recetados _____

Cobertura para medicamentos recetados de Medicaid

Parte B de Medicare (beneficio médico que cubre algunos medicamentos recetados)

Parte D de Medicare (cobertura para medicamentos recetados). Proporcione el nombre del pagador: _____

Identificación del miembro de la Parte D de Medicare: _____ Subsidio por bajos ingresos (Limited Income Subsidy, LIS) de Medicare

¿Tiene cobertura complementaria (Medigap) de Medicare? 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, correo electrónico, mensaje de texto o teléfono sobre el Programa y sobre otros productos, programas o servicios que podrían 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 que proporciono a AstraZeneca es verdadera y completa; que estoy autorizado a firmar todas las solicitudes y formularios relacionados con este Programa; 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; compartir mi información con un nuevo administrador del programa de asistencia para pacientes si el producto que me recetaron se transfiere a otro fabricante.

¿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**

Fax para marcas de atención especializada (productos biológicos de oncología y sistema respiratorio/inmunología): 1-877-239-0867

Solicitud de medicamentos gratuitos de AstraZeneca

Productos de atención especializada (productos biológicos de oncología y sistema respiratorio/inmunología) Página 5 de 5



CONSENTIMIENTO:

COMPRENDO que AZ&Me y sus agentes externos autorizados utilizarán mi fecha de nacimiento o información demográfica adicional según sea necesario para acceder a mi información crediticia e información derivada del público y otras fuentes para calcular mis ingresos junto con el proceso de determinación de elegibilidad. Como es una solicitud de crédito blando, esta opción no afectará mi puntuación de crédito. AZ&Me y sus agentes externos autorizados se reservan el derecho de solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento.

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 o cancelar mi autorización 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 de seguimiento (solo se aplica si alguien completa esta solicitud por usted).

Este formulario de autorización tendrá vigencia durante 2 años, 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.

Envíenme un mensaje de texto sobre la información del Programa de asistencia para pacientes AZ&Me. Al marcar esta casilla, acepto recibir mensajes de texto después de la inscripción en el Programa de asistencia para pacientes AZ&Me. Por cada servicio del programa, recibiré un mensaje de texto de bienvenida en el que se me pide que responda CONFIRMAR (CONFIRM) para participar. Es posible que se apliquen tarifas de mensajería y transferencia de datos; la cantidad de mensajes varía según el uso del programa, pero es de hasta 10 mensajes de texto al mes. Responda DETENER (STOP) para cancelar. La política de privacidad y los términos completos están disponibles en <https://www.globalprivacy.astrazeneca.com/> o <http://goto.az/azmetc>. Si esta casilla NO está marcada, NO recibirá mensajes de texto del Programa de asistencia para pacientes AZ&Me

Proporcione su número de celular con el que desea recibir los mensajes de texto _____

Firma del solicitante o del padre o la madre/representante legalmente autorizado. Si el paciente es menor de edad, el padre, la madre o el representante legalmente autorizado deben firmar aquí.

Relación con el paciente: Paciente Padre o madre Representante legalmente autorizado del paciente

Nombre del paciente _____

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

Si alguien le 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: (_____) _____

Nota: Si no se proporciona el nombre de un ayudante, no podrá actuar en nombre del paciente sin una autorización por separado del paciente.

