

# Solicitud *de* medicinas gratis de AstraZeneca

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



El Programa de ahorros en medicinas para personas sin seguro médico

## ¿Qué es el programa de ahorros en medicinas de venta con receta AstraZeneca Conmigo para personas sin seguro médico?

- El Programa de ahorros en medicinas de venta con receta AstraZeneca Conmigo para personas sin seguro médico (el programa) es un programa que ofrece AstraZeneca y que le permite recibir medicinas gratis si reúne las condiciones para participar. No es un programa del gobierno ni un plan de seguros.
- Si reúne las condiciones, obtendrá medicinas gratis hasta por un año. Al final de ese año, AstraZeneca le enviará una solicitud de renovación.
- Se enviará la mayoría de las medicinas directamente a su casa. Algunas medicinas se envían al consultorio de su doctor.
- Por lo general se envían paquetes con cantidad suficiente para 90 días.

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

## ¿Quién es AstraZeneca?

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

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

Probablemente reúna las condiciones para participar en el programa si:

- No tiene un seguro que le ayude a pagar sus medicinas.
- Sus ingresos están dentro de los límites de la tabla a continuación.

## ¿Cómo empezar?

- Llene esta solicitud.
- Si tiene problemas para llenarla, llame al 1-800-424-3727
- Envíela a:  
PO Box 66551  
St. Louis, MO, 63166-6551  
O
- Fax: 1-888-810-5282

## Límites de ingresos para poder participar

Los límites actuales se basan en las pautas del programa 2008 y pueden cambiar; los límites de ingresos pueden ser más altos en Alaska y Hawaii.

No. de personas en su casa	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 de su doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

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

Dirección \_\_\_\_\_

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

Incluye 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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (mes/día/año)

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cód. Postal \_\_\_\_\_

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

### Estado civil:

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

### Lengua materna (opcional):

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

### Veterano/a:

- Sí  No

### 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 que se haya inscrito 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 que diga que solicitó una tarjeta de residencia en Estados Unidos
- Número de visa de trabajo \_\_\_\_\_

## Medicinas

Indique todas las medicinas que **toma**:

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

Indique todas las medicinas a las que sea **alérgico/a**:

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

Si necesita más espacio, use una hoja adicional.

## Seguro

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

- Seguro para medicinas de su empleador o privado
- Beneficios militares o para veteranos
- Medicaid
- Medicare Parte B (cubre algunas medicinas)
- Medicare Parte D
- Programa estatal de asistencia para medicinas \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_
- Ninguno

### ¿Solicitó alguna vez Medicaid y se lo negaron?

- Sí    No *Si la respuesta es sí, incluya una copia de la carta en que Medicaid le niega la cobertura.*

## Ingresos

Número de personas en su casa  
(usted, su cónyuge y sus dependientes): \_\_\_\_\_

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

\$ \_\_\_\_\_ por mes      \$ \_\_\_\_\_ por año

## Comprobante de ingresos

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

### SÍ

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

### NO

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

Todas las declaraciones de ingresos de sus trabajos (W2 o 1099)

la Declaración de beneficios anuales de ingresos de la Seguridad Social

Si no tiene ninguno de estos documentos,  
llame al 1-800-424-3727

## Información de consentimiento

**Autorizo** a AstraZeneca, el programa, a los administradores del programa y a mi doctor para:

- Verificar mi información para asegurarse de que sea real y completa
- Compartir mi información con los farmacéuticos que suministren mis medicinas
- Compartir mi información con las personas que colaboren con el programa
- Comunicarse conmigo por teléfono o correo para hablar sobre el programa y sobre otros productos, programas o servicios que me puedan interesar
- Comunicarse conmigo para asegurarse de que he recibido las medicinas enviadas por el programa

**Declaro** que:

- Toda la información en esta solicitud, incluidas las copias de los documentos que comprueban mis ingresos, es real y completa
- Estoy autorizado para firmar esta solicitud
- No recibo asistencia ni tengo seguro que me ayudan a pagar las medicinas
- Me comunicaré con el programa si alguno de mis datos sobre la cobertura para medicinas de venta con receta o de seguro llega a cambiar

**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

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

- Retirarme del programa
- Cancelar mi autorización para usar mi información y retirarme del programa
- Obtener 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 sobre mi solicitud (esto corresponde únicamente si otra persona llenó la solicitud en su nombre).

### Firma del solicitante o de su tutor legal

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

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

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

## Antes de enviar esta solicitud por correo

**Debe:**

- Incluir su receta médica
- Incluir una copia de las declaraciones de impuesto federal a las ganancias del año pasado presentadas por usted, su cónyuge y sus dependientes (u otro comprobante de ingresos)
- Incluir el número de permiso de su doctor (Pregúnteselo a su doctor)

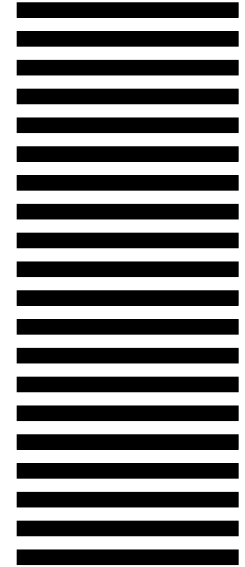
### Envíe la solicitud completa a:

AZ&Me Prescription Savings Program  
PO Box 66551  
St. Louis, MO 63166-6551  
O  
Fax: 1-888-810-5282

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



NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES



**BUSINESS REPLY MAIL**  
FIRST-CLASS MAIL      PERMIT NO 144      ST LOUIS MO

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

AZ&ME PRESCRIPTION SAVINGS PROGRAM  
PO BOX 66551  
ST LOUIS MO 63166-9941



Please Tear Here

Peel strip from either corner to expose adhesive

## **DON'T FORGET TO MAIL!**

- ▶ The completed application
- ▶ Your prescription
- ▶ A copy of last year's federal income tax returns for yourself, your spouse and dependents
- ▶ If you did not file a federal income tax return last year:
  - A copy of your Social Security Benefit Verification Statement  
or
  - All income statements from jobs (W-2 or 1099)