



## Patient Assistance Program

### Instrucciones:

El Programa de Asistencia al Paciente (PAP) de la Fundación AstraZeneca proporciona acceso a medicamentos de AstraZeneca a los pacientes calificados. Las calificaciones se determinan de acuerdo a pautas establecidas por la Fundación AstraZeneca y en conformidad con pautas federales. La Fundación AstraZeneca y sus agentes autorizados se reservan el derecho de solicitar, en cualquier momento y por cualquier razón, información adicional y de suspender, discontinuar, o de otra manera revisar la ayuda o asistencia provista a través del PAP que pueda incluir la remoción de productos del PAP.

Para poder calificar para el PAP, los pacientes no deben recibir ni ser elegibles para recibir cobertura de medicamentos recetados a través de algún programa de gobierno (como Medicaid, Medicare Suplemental, Programas de asistencia del estado, etc.) ni tener cobertura de medicamentos a través de seguros médicos privados, ni algún otro medio para pagar el medicamento. Este es un programa voluntario.

#### **Envíe la solicitud llena a:**

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

La inscripción en el PAP es de un (1) año. Cuando se aproxime la fecha de renovación, se enviará automáticamente al paciente un recordatorio y una solicitud para renovación. Si tiene alguna pregunta referente al PAP, comuníquese al (800) 424-3727 o visite nuestra página web [www.astrazenca-us.com/drugassist/](http://www.astrazenca-us.com/drugassist/)

### Lista de verificación:

**Antes de enviar su solicitud, por favor asegúrese de haber llenado lo siguiente:**

- Llene la sección de Información del Paciente. Se le devolverá la solicitud y cualquier información incluida con ésta si la información está incompleta. Esto puede causar un retraso en el trámite de su solicitud.
- Adjunte **copias** de prueba de ingresos de usted y de todos sus dependientes en su hogar. Los documentos aceptables incluyen:
  - > Impuestos federales sobre la renta (formulario 1040, 1040A o 1040EZ), **O**
  - > Programa del formulario de impuestos federales sobre la renta 1099, **O**
  - > Declaración anual de beneficios (SSA 1099, carta de beneficios o formulario 4506T).
- Adjunte una copia de la tarjeta de Medicare (si es mayor de 65 años).
- Las personas que no son ciudadanas de EE.UU. deben proporcionar el número de su tarjeta de residente de EE.UU.
- Firme y feche la solicitud. (Se requiere la firma original.)

### Lista de verificación para el proveedor de cuidados de la salud:

**Antes de enviar su solicitud, por favor asegúrese de que su proveedor de cuidados de la salud haya llenado lo siguiente:**

- Llene las secciones de Información del Médico e Información de Recetas. Puede también adjuntar una copia de la receta.
- Firme y feche la solicitud. Se requiere la firma original. Se devolverá al paciente la solicitud y cualquier información incluida con ésta si la información está incompleta. Esto puede causar un retraso en el trámite de su Solicitud del Paciente.



# ASTRAZENECA FOUNDATION Patient Assistance Program

\* Favor de escribir en maquina o letra de molde clara.  
\* No envíe cheques, dinero en efectivo ni giros con la solicitud.  
**No hay costo alguno por su medicamento.**  
\* Asegúrese de llenar toda la información.  
**¿Preguntas? Llame al 1-800-424-3727**

## Información del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Núm. Seguro Social o de tarjeta de residente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Núm. Apt.: \_\_\_\_\_

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

Residente de EE.UU.  Sí  No

Núm. de dependientes en su casa (incluyéndose a usted) 1 2 3 4 5 6 7 (encierra en un círculo)  Masculino  Femenino

¿Es alérgico a algún medicamento?  Sí  No

En caso afirmativo, indique a cuáles:

\_\_\_\_\_

Por favor indique los medicamentos que toma actualmente:

\_\_\_\_\_

## Información Financiera

**Haga una lista de todas las fuentes de ingreso mensual bruto. Adjunte copias de prueba de ingreso de usted y de todos sus dependientes en su hogar. Los documentos aceptados incluyen: 1040, 1040A, 1040EZ, 1099, SSA1099, carta de concesión de beneficios o formulario 4506T.**

	Valor \$ total mensual	Interés / ganancias mensuales de bienes		Ingreso familiar mensual
Acciones / Bonos / CD	\$ _____	\$ _____	Salario / Sueldo	\$ _____
Cheques / Ahorros	\$ _____	\$ _____	Pensión	\$ _____
IRA	\$ _____	\$ _____	Seguro Social	\$ _____
Anualidades	\$ _____	\$ _____	Incapacidad	\$ _____
Otro	\$ _____	\$ _____	Desempleo	\$ _____
Favor de especificar:			Pensión alimenticia / Manutención infantil	\$ _____
<b>TOTAL(\$):</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>	<b>TOTAL(\$):</b>	<b>\$ _____</b>

## Información del seguro

Private Insurance Sí  No  Medicare A (Por favor adjunte una copia de la tarjeta de Medicare) Sí  No

Prescription Drug Coverage Sí  No  Medicare B (Por favor adjunte una copia de la tarjeta de Medicare) Sí  No

Medicaid Sí  No  Beneficios militares o de veterano Sí  No

¿Ha solicitado Medicaid en el pasado y se le ha negado? Sí  No

(En caso afirmativo, por favor adjunte una copia de la negación de Medicaid)

## Consentimiento para revelar información

Por medio del presente autorizo a la Fundación AstraZeneca y a mi médico a proporcionar esta información a cualquier farmacéutico participante y a cualquier tercera parte involucrada en asistir a la Fundación AstraZeneca en la administración del Programa de Asistencia al Paciente (PAP) de la Fundación AstraZeneca. Entiendo que AstraZeneca usará esta información únicamente para determinar mi elegibilidad para participar en el PAP y que la Fundación AstraZeneca se reserva el derecho de solicitar, en cualquier momento y por cualquier razón, información adicional. Al firmar al pie de página confirmo que la información en esta solicitud, incluyendo todas las copias de la documentación del ingreso, está completa y correcta y que estoy autorizado para firmar esta solicitud. Verifico además que no tengo ninguna otra cobertura para mis medicamentos recetados provistos a través de la Fundación AstraZeneca, incluyendo Medicaid, Medicare u otro programa de asistencia público o privado. Entiendo que la Fundación tiene el derecho de verificar mi elegibilidad, incluyendo el derecho de verificar cualquier información provista. Asimismo, entiendo que la Fundación tiene el derecho de comunicarse conmigo directamente y confirmar la recepción de los medicamentos, y de revisar, cambiar o dar por terminado este programa en cualquier momento. Entiendo que puedo revocar este consentimiento y retirar mi participación en el PAP en cualquier momento comunicándome al 1-800-424-3727.

Firma del paciente o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Información de Envío**

Por favor indique la dirección de envío si es diferente que la dirección del paciente

Núm. de Seguro Social o de tarjeta de residente: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

a/d: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_ Núm. Apt.: \_\_\_\_\_

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

**Información del Médico****Por favor escriba en letra de molde**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Núm. DEA: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información de la Receta****Pida a su médico que llene la información siguiente o adjunte una receta original de su médico.***Toda la información de la receta a continuación debe llenarla el médico para que se pueda procesar la receta***Válido para productos AstraZeneca solamente**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del producto: \_\_\_\_\_ Potencia: \_\_\_\_\_

Instrucciones: \_\_\_\_\_

Cantidad: surtido para 90 días Resurtidos: **1 2 3 4 5**

\*Nota: El producto se surtirá en frascos con la cantidad más cercana posible.

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Se permite sustituto

No se permite sustituto

\*Observe por favor que FASLODEX® (inyección de fulvestrant), ZOLADEX® (implante de acetato de goserelina) y SEROQUEL® (fumarato de quetiapina) se enviarán al consultorio del médico. Los demás productos se enviarán a la dirección del paciente a menos que se especifique de otra manera.

\*Se enviará el suministro del medicamento para 90 días; por lo tanto las recetas deben reflejar el suministro de 90 días de medicamento para cada producto. Las siguientes son las excepciones a este suministro de 90 días:

- > PULMICORT RESPULES® (suspensión de inhalación de budesonide) debe indicar si el producto debe administrarse una o dos veces al día, y debe indicar un suministro de 30, 60 ó 90 días.
- > SEROQUEL® (fumarato de quetiapina) se puede indicar un suministro de 30, 60 ó 90 días.
- > ZOLADEX® (implante de acetato de goserelina) se puede indicar una dosis del surtido de 3.6 mg o una dosis del surtido de 10.8 mg.

\*Las cantidades para los demás productos se pueden obtener llamando al (800) 424-3727.