



**What is the AZ&Me Prescription Savings program for people without insurance?**

- The AZ&Me Prescription Savings program for people without insurance (the Program) is a program offered by AstraZeneca that allows you to get free medicines if you qualify. It is not a government program or an insurance plan.
  - If you qualify, you will get free medicine for up to one year. At the end of that year, AstraZeneca will send you an application for renewal.
  - Most medicines will be sent to your home. Some medicines will be sent to your doctor's office.
  - Most medicines are sent in a 90-day supply.
- The Program can be changed or stopped by AstraZeneca at any time or for any reason.

**Who is AstraZeneca?**

- AstraZeneca is a company that makes prescription medicines.
- AstraZeneca has offered prescription savings programs to people who qualify since 1978.

**Do you qualify for the Program?**

You probably qualify for the Program if:

- You don't have other insurance that helps pay for your medicines.
- You meet the income limits in the table below.

**How do you get started?**

- Fill out this application.
- If you have trouble filling out this application, call 1-800-424-3727
- Mail the completed application to:  
 PO Box 66551  
 St. Louis, MO, 63166-6551

**Income limits in order to qualify**

*Current income limits are based on 2007 program guidelines and might change; income limits may be higher in Alaska and Hawaii.*

No. of people in your household	Total monthly income	Total yearly income
1 person	less than \$2,500 a month	less than \$30,000 a year
2 people	less than \$3,333 a month	less than \$40,000 a year
3 people	less than \$4,166 a month	less than \$50,000 a year
4 people	less than \$5,000 a month	less than \$60,000 a year
5 people	less than \$5,833 a month	less than \$70,000 a year

**From Your Doctor** *Please print clearly in black or blue ink.*

Doctor's Name: \_\_\_\_\_ Phone (     ) \_\_\_\_\_

DEA or State License # (ask your doctor) \_\_\_\_\_ Fax (     ) \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

*Include prescription with this application*

## Personal Information

Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (mm/dd/yyyy)

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Phone (        ) \_\_\_\_\_  Male  Female

### Marital status:

- Married  
 Single  
 Divorced  
 Widow/Widower

### Primary language spoken (optional):

- English  
 Spanish  
 Other \_\_\_\_\_

### U.S. Veteran:

- Yes  No

### Ethnic origin (optional):

- Asian  
 Black  
 Hispanic  
 White  
 Other \_\_\_\_\_

### Disabled:

- Yes  No

Please provide your **Social Security Number** if you have one.

*This information will only be used to determine if you are eligible and once qualified as described below .*

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

If you don't have a Social Security Number you must provide **one** of the following:

- Green Card Number \_\_\_\_\_
- A copy of the confirmation letter from the government stating that you have applied for a US Green Card
- Work Visa Number \_\_\_\_\_

## Medicines

List any medicines you are **taking**:

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

List any medicines you are **allergic** to:

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

*Attach a separate piece of paper if you need more space.*

## Insurance

### Do you have any form of prescription drug coverage?

- Employer furnished or private drug coverage
- VA or Military Benefits
- Medicaid
- Medicare Part B (covers some medicines)
- Medicare Part D
- State assistance program for medicines \_\_\_\_\_
- Other \_\_\_\_\_
- None

### Have you applied for Medicaid in the past and been denied?

- Yes    No   *If yes, please attach a copy of the Medicaid denial letter.*

## Income

Number of people in your household  
(yourself, your spouse, and dependents): \_\_\_\_\_

Total combined income for yourself, your spouse, and dependents:

\$ \_\_\_\_\_ Monthly   **or**   \$ \_\_\_\_\_ Yearly

## Proof of Income

Do you have a copy of your federal income tax return from last year?

### YES

Please send us a copy of last year's **Federal Income Tax Returns** for yourself, your spouse, and dependents

### NO

If you didn't file a federal income tax return last year, you **must** send a copy of:

- All income statements from jobs  
(W2 or 1099)

**or**

- Social Security Income Yearly  
Benefits Statement

If you don't have any of these documents,  
please call 1-800-424-3727

## Consent Information

I **give** AstraZeneca, the Program, the Program administrators, and my doctor permission to:

- Check my information to make sure it is true and complete
- Share my information with the pharmacists that may supply my medicine
- Share my information with the people helping with the Program
- Contact me by mail or phone about the Program and about other products, programs, or services that might interest me
- Contact me in order to make sure that I have received the medicines sent by the Program

I **promise** that:

- All the information in this application, including all copies of documents proving my income, is true and complete
- I am authorized to sign this application
- I do not have any assistance or insurance that would help pay for my medicines
- I will contact the Program if any of my information about my prescription drug coverage or insurance changes

I **understand** that the Program will only use my information to:

- Decide if I qualify to participate in the Program
- Administer or improve the Program
- Communicate with insurance plans, including Medicare Part D plans
- Share my information with the Centers for Medicare and Medicaid Services

I **understand** that I can call 1-800-424-3727 at any time to:

- Withdraw from the Program
- Cancel my permission to use my information and withdraw from the Program
- Get a copy of the AstraZeneca Privacy Statement

I **understand** that:

- The Program can ask for more information from me at any time
- AstraZeneca can change or stop the Program at any time or for any reason

I **give** the Program, and the Program administrators permission to contact the person named below with follow-up questions about my application (this only applies if someone completed this application for you).

### Signature of Applicant or Legal Guardian

X \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*If someone helped you with this application, and you want them to answer questions for you, please give us their name and phone number.*

Helper's Name: \_\_\_\_\_ Helper's Phone: ( ) \_\_\_\_\_

## Before you mail this application

**You must:**

- Attach your prescription
- Attach a copy of last year's federal income tax returns for yourself, spouse, and dependents (or other proof of income)
- Include your doctor's license number (ask your doctor)

### Mail completed application to:

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

**Questions? Call 1-800-424-3727 or visit [www.azandme.com](http://www.azandme.com)**

# 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

## Límites de ingresos para poder participar

Los límites actuales se basan en las pautas del programa 2007 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 \_\_\_\_\_

### Discapacitado/a:

- Sí  No

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 electrónico 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 ayuden 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

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



## Partnership for Prescription Assistance

### PhRMA's Commitment to Patient Safety:

Good communications are the key to safe and effective use of medications. There is information you should be sure to provide to your doctor, and information you should be sure to find out about your medicine.

#### Tell each doctor you consult about:

**All your symptoms and answer all questions as accurately as you can.** This will help the doctor determine your proper treatment.

**All the medicine you take**, including non-prescription products such as aspirin or laxatives. Keep a list of your medicines, if necessary, or take the containers with you to show the doctor. This is especially important on your first visit to a doctor or if, when traveling, you need to consult someone who is not your regular doctor.

**Any bad reaction you have had to a medicine.** Adverse reactions, or side effects, may appear as blurred vision, dizziness, nausea, skin rash, or other unusual feelings you did not experience before you took the medicine.

**If you routinely drink even small amounts of alcohol each day**—such as wine with meals. Your doctor may advise against this while you are taking prescription medication.

### My Health Information

#### Using This Form

- Fill out all of the information that you know. Call a loved one or your health care provider if you need help or have questions concerning your medical information.
- Make three copies of both sides of the completed record. Keep one copy in your wallet or purse, provide one to a family member or friend, and share the other with your health care providers and pharmacists at all visits.
- You should update this record when:
  - Your contact information, insurance provider, health care provider or pharmacy changes.
  - Your medical condition changes.
  - You start or stop taking a medicine.
  - Your health care provider changes the dose of your medicine.
  - You visit the health care provider or pharmacist.

Personal Information		Pharmacy/Drug Store	
Name		Name of Store	
Date of Birth		Pharmacist	
Phone Number		Address	
Address		Phone Number	
Emergency Contact		My Allergies (e.g., medications, food)	
Name		Be sure to list adverse reactions and side effects caused by allergies	
Relationship			
Phone Number			
Insurance Provider (if applicable)		My Medical History	
Name		Be sure to include all medical conditions (e.g., illnesses, surgeries).	
Type (e.g., PPO, HMO)			
Member ID Number			
Contact Number			
Primary Care Physician		Other Physician(s)	
Name			
Address			
Phone Number			

## WHAT YOU SHOULD ASK YOUR DOCTOR

Ask your doctor these questions about your prescription medicines:

What is the name of the medicine and what is it supposed to do?

How and when should it be taken?

How long should I continue to take it?

Are there any precautions I should observe while taking the medicine? For example, are there foods or beverages I should avoid while taking the medicine. Any other medicines I should not take? Any limitations on driving vehicles or other activities?

What side effects may occur? Are there any serious side effects that should be reported to the doctor? What should I do if minor side effects occur?

How long should I wait before reporting to the doctor if my symptoms do not improve?

Can the prescription be refilled? Should I check with the doctor before refilling it?

Is there any written information available about the drug?

Use this record to keep track of your medicines. Consult your health care provider to make sure the information you provide is accurate. And be sure to provide a family member, and your health care provider and pharmacist with a copy of the information.

	Name of Medicine	Dose	Frequency (how often and when)	Purpose	Directions/Notes
• Be sure to include all prescription medicines, over-the-counter drugs, vitamins and herbal supplements.					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					