

# Solicite su tarjeta en tres pasos sencillos.

También puede presentar su solicitud por teléfono llamando al **1-800-444-4106** o en línea, visitando el sitio **TogetherRxAccess.com**.



## FORMULARIO DE SOLICITUD

### PASO 1: VERIFIQUE SI ES ELEGIBLE

Lea la siguiente lista de requisitos. Si reúne los cuatro requisitos, marque la casilla que sigue y continúe con los pasos 2 y 3. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-800-444-4106.

- No soy elegible para recibir Medicare
- No tengo cobertura de ningún tipo para medicamentos recetados
- Soy residente legal de los EE UU. o Puerto Rico
- Tengo un ingreso familiar que no supera: \$45,000 para una persona sola; \$60,000 para una familia de dos personas; \$75,000 para una familia de tres personas; \$90,000 para una familia de cuatro personas; \$105,000 para una familia de cinco personas

Las familias de seis o más integrantes que residan en Alaska o Hawaii deben comunicarse con Together Rx Access llamando al **1-800-444-4106** para obtener información sobre el ingreso familiar permitido.

**Sí, reúno todos los requisitos de elegibilidad antes mencionados.**

### PASO 2: COMPLETE CON SUS DATOS

Nombre Inicial 2.º nom. Apellido H M

Dirección (número/calle/apartamento)

Ciudad Estado Código postal

Teléfono Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Dirección de correo electrónico (opcional)

**Información acerca del cónyuge o dependiente:** Usted puede inscribir familiares adicionales en el Programa Together Rx Access si: 1) puede probar que son dependientes económicos (aparte del cónyuge) en reembolsos de impuestos u otros programas gubernamentales; 2) no son elegibles para Medicare; 3) no cuentan con cobertura de medicamentos de venta con receta; y 4) son residentes legales de los EE UU. Si tiene un cónyuge o dependiente que cumpla con estos criterios, méncionelo a continuación. (Para inscribir más dependientes, llame al 1-800-444-4106.)

**Cónyuge (si es elegible):**

Nombre Inicial Apellido H M Fecha de nacimiento (mes/día/año)

**Dependientes (que reúnan los requisitos de elegibilidad antes mencionados):**

Nombre Inicial Apellido H M Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Nombre Inicial Apellido H M Fecha de nacimiento (mes/día/año)

### PASO 3: FIRME EL FORMULARIO DE SOLICITUD

He leído, comprendo y acepto la Información sobre el Programa, incluidas las secciones de limitaciones y de autorización para usar y divulgar información que se encuentran al dorso de este formulario. Certifico que la información que he suministrado en este formulario de solicitud es correcta y completa. Entiendo que un administrador del Programa Together Rx Access podría comunicarse conmigo para verificar esta información y lo acepto.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o de su representante

Fecha de hoy (mes/día/año)

#### ¿PODEMOS CONTACTARLO?

Al marcar "Sí", usted otorga su consentimiento para que Together Rx Access y sus empresas asociadas se comuniquen con usted para informarle sobre nuevos programas y servicios, ofrecerle información sobre sus productos y la salud, o con fines de investigación de mercado.

SÍ NO

## **INFORMACIÓN DEL PROGRAMA**

### **INSCRIPCIÓN**

Entiendo que Together Rx Access ha contratado a un Administrador para administrar el Programa Together Rx Access, quien revisará mi formulario de inscripción, determinará mi elegibilidad y me notificará tomando como base la información que yo le proporcione. El Administrador puede, en cualquier momento, solicitar información adicional para determinar o confirmar mi elegibilidad. De ser elegible, recibiré un paquete y una Tarjeta de membresía por correo.

### **LIMITACIONES**

Los descuentos ofrecidos por el Programa no son válidos para los productos recetados reembolsados conforme a cualquier programa federal o estatal, incluidos Medicare o Medicaid ("Programas del Gobierno"), o cualquier seguro privado, HMO, Medigap, empleador u otro acuerdo con terceros ("Seguro Privado"). Al firmar este formulario de inscripción, certifico que yo no soy elegible para Medicare, ni tampoco lo son ninguno de los integrantes de mi familia mencionados en esta solicitud y que no tengo cobertura de medicamentos recetados a través de ningún Programa de Gobierno o Seguro Privado, ni tampoco lo tienen los integrantes de mi familia mencionados en esta solicitud.

La Tarjeta puede ser usada únicamente para adquirir productos recetados para pacientes externos incluidos en el Programa. Las compañías participantes determinan de manera independiente los productos y descuentos que se ofrecen. Los productos y los descuentos están sujetos a cambios en cualquier momento.

La Tarjeta no puede ser utilizada en combinación con otras tarjetas de descuentos para medicamentos recetados o cupones canjeables en farmacias. Los cupones canjeados directamente por una compañía participante están sujetos a los términos y condiciones del cupón.

La Tarjeta tiene validez sólo en los Estados Unidos y Puerto Rico. El Programa puede finalizar o modificarse en cualquier momento.

### **AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN**

Entiendo que Together Rx Access y el Administrador recibirán información sobre mí y sobre los productos recetados que reciba al usar esta Tarjeta. Al firmar esta solicitud, autorizo a Together Rx Access y al Administrador a:

- usar dicha información para administrar el Programa y para comunicarse conmigo, y
- compartir dicha información con las compañías participantes a fin de realizar investigaciones o análisis de mercado.

Esta autorización se agrega a cualquier autorización que haya proporcionado bajo el encabezado "¿Podemos contactarle?" en el dorso de esta solicitud. Together Rx Access no proporciona/vende información que lo identifique a otras compañías no relacionadas con el Programa.

Puedo revocar esta autorización poniendo fin a mi participación en el Programa escribiendo a Together Rx Access a la dirección provista en mi paquete de membresía.

**ENVÍE POR CORREO SU SOLICITUD CON TODOS LOS DATOS A:**

Together Rx Access, LLC  
PO Box 9426  
Wilmington, DE 19809-9944