

Si usted es un beneficiario de Medicare Parte B y tomó Zoladex® para cáncer de próstata, usted podría recibir un pago sustancial de un Acuerdo Propuesto de Demanda Colectiva

DEBE LLENAR Y DEVOLVER EL FORMULARIO DE RECLAMO ADJUNTO PARA TENER DERECHO A RECIBIR DINERO.

- Si presenta un Formulario de Reclamo válido, puede recibir hasta \$125.62 por cada mes que pagó la totalidad de un copago porcentual por Zoladex®.
- Puede recibir hasta \$28.86 por cada mes que hizo copagos parciales.
- Según los cálculos de los expertos de los Demandantes, esas cantidades pueden representar el doble de sus pérdidas reales más intereses.

Resumen del Acuerdo Propuesto

- Hay un Acuerdo Propuesto de Demanda Colectiva con AstraZeneca Pharmaceuticals LP (“AstraZeneca”), la fabricante de Zoladex®, un medicamento utilizado en el tratamiento para el cáncer de próstata, cáncer de mama avanzado, endometriosis y fibrosis. **Esta demanda legal no es sobre la seguridad de Zoladex®.**
- El nombre de la demanda legal es In re: *Pharmaceutical Industry Average Wholesale Price Litigation*, Docket No. 01-CV-12257-PBS, MDL No. 1456.
- La demanda legal afirma que los Beneficiarios de Medicare Parte B pagaron más de lo que debían por el Zoladex®. La demanda legal afirma que la información de precios reportada por AstraZeneca para Zoladex® era falsa e inflada. La información de precios se denomina “precio mayorista promedio” (“AWP” por sus siglas en inglés). Se usaron AWP para fijar la suma de reembolsos de Medicare por medicamentos y el copago que hacen los Beneficiarios de Medicare Parte B. AstraZeneca niega haber obrado mal.
- AstraZeneca aceptó pagar hasta \$24 millones a Beneficiarios de Medicare Parte B que a) hicieron un copago porcentual por el Zoladex® basado en el AWP, y b) presenten un Formulario de Reclamo válido.
- Usted es miembro de la Clase si hizo un copago porcentual bajo Medicare Parte B por Zoladex® del 1 de enero de 1991 al 31 de diciembre de 2004. Se incluye a herederos y representantes legales.

Para más información sobre esta demanda llame al 877-625-9451 o visite www.AstraZenecaAWPSettlement.com

***Sus derechos legales se ven afectados incluso si no actúa.
Lea este aviso detenidamente.***

Lo que contiene este aviso

Información básica

1. ¿Por qué recibí este aviso?..... 2
2. ¿De qué se trata la demanda?..... 2
3. ¿Por qué es ésta una demanda colectiva? 2
4. ¿Cómo sé si estoy incluido en el Acuerdo Propuesto? 3

Beneficios del Acuerdo Propuesto – Lo que usted obtiene

5. ¿Qué brinda el Acuerdo Propuesto? 3
6. ¿Cómo presento un reclamo?..... 3
7. ¿Cómo se determinan los pagos?..... 4

Comentarios sobre el Acuerdo

8. ¿Puedo objetar el Acuerdo Propuesto o dar opiniones al respecto?.....5

Los abogados que lo representan

9. ¿Tengo un abogado que represente mis intereses en este caso? 5
10. ¿Debo conseguir mi propio abogado?..... 5

La Audiencia de Aprobación Definitiva del Tribunal

11. ¿Cuándo y dónde decidirá el Tribunal si otorgará la aprobación definitiva al Acuerdo Propuesto? 5
12. ¿Debo asistir a la Audiencia de Aprobación Definitiva?..... 6
13. ¿Puedo hablar en la Audiencia de Aprobación Definitiva? 6

Cómo conseguir más información

14. ¿Dónde consigo más información?..... 6

Información básica

1. ¿Por qué recibí este aviso?

Recibió este Aviso por correo porque los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (“CMS” por sus siglas en inglés) indican que puede haber pagado un copago porcentual para Zoladex® entre el 1 de enero de 1991 y el 31 de diciembre de 2004; o usted puede haber solicitado este Aviso después de ver el Aviso Resumen en una publicación. *Le informamos que CMS no le ha dado sus expedientes médicos a ninguna persona involucrada con este caso.*

2. ¿De qué se trata la demanda?

La demanda afirma que AstraZeneca reportó AWP falsos e inflados para Zoladex®. La demanda legal afirma que los AWP reportados se usaron para fijar sumas de reembolso que fueron pagadas por Medicare y sus beneficiarios. La demanda pide al Tribunal que otorgue daños y perjuicios monetarios a quienes hicieron copagos por Zoladex® basados en el AWP.

AstraZeneca niega haber obrado mal y el Acuerdo Propuesto no es una admisión de haber obrado mal ni un indicio de que se violó una ley. AstraZeneca ha pactado el Acuerdo Propuesto para evitar gastos e inconvenientes adicionales.

3. ¿Por qué es ésta una demanda colectiva?

El Tribunal ha descubierto que una demanda colectiva es la mejor forma de proceder con la demanda. En una demanda colectiva, una o más personas denominadas “representantes de la clase” demandan en nombre de personas con demandas similares. Las personas colectivamente son una “clase” o “miembros de la clase”. Un tribunal debe determinar si debe proceder una demanda como demanda colectiva. De ser así, en un juicio se

decide la demanda para todos en la clase. En ocasiones, las partes pueden llegar a un acuerdo sin ir a juicio.

Las Partes de esta demanda han convenido un Acuerdo Propuesto que incluye una clase nacional de Beneficiarios de Medicare Parte B que hicieron copagos por Zoladex®. El Tribunal ha dado su aprobación preliminar a este Acuerdo Propuesto, pero realizará una Audiencia para decidir si debe aprobarse definitivamente. (Ver la Pregunta 11.)

4. ¿Cómo sé si estoy incluido en el Acuerdo Propuesto?

Usted es miembro de la Clase si hizo un copago porcentual bajo Medicare Parte B por Zoladex® del 1 de enero de 1991 al 31 de diciembre de 2004 o se vio obligado a hacer dicho copago. (El cónyuge de un miembro de la clase difunto que hizo dicho copago o el representante legal de la sucesión de un miembro de la clase difunto puede presentar una demanda.)

Usted no es miembro de la Clase si hizo un copago fijo, si no hizo copago alguno o si su seguro pagó todo su copago.

No necesita hacer nada para formar parte de la Clase, pero debe llenar el Formulario de Reclamo para tener derecho a recibir una parte del Acuerdo. Tenga en cuenta que si ha elegido previamente excluirse de la Clase en respuesta a un aviso anterior que se le haya enviado en este caso, no puede participar en este Acuerdo Propuesto.

IMPORTANTE: *Ésta no es una factura ni un aviso de cobranza. El Tribunal no sugiere, solicita ni pide que los Beneficiarios de Medicare Parte B, a quienes se les cobró por Zoladex® pero no pagaron, o no se les cobró en absoluto, deban pagar a su médico o farmacéutico ahora, o que están obligados a hacerlo de conformidad con los estatutos o reglamentos de Medicare.*

Beneficios del Acuerdo Propuesto – Lo que usted obtiene

5. ¿Qué brinda el Acuerdo Propuesto?

AstraZeneca pagará hasta \$24 millones por reclamos que sean presentados y aceptados conforme a lo estipulado en el Acuerdo Propuesto. Además, AstraZeneca pagará los costos de avisos y administración, además de honorarios de abogados por \$6,500,000 y gastos de abogados por \$2,100,000. A los dos representantes de la clase se les pagará \$100 por hora de tiempo dedicado a dar documentos y testimonios relacionados con este caso. El Tribunal debe aprobar todos los aspectos de este Acuerdo Propuesto.

Si los reclamos válidos totalizan menos de \$24 millones, la diferencia entre el total de reclamos y los \$24 millones se pagarán a organizaciones de beneficencia que financien investigaciones o cuidado de pacientes con cáncer, hasta un máximo de \$10 millones. Se considerarán organizaciones como la American Cancer Society, CancerCare y la National Prostate Cancer Coalition. Sujeta al pago máximo de \$24 millones, AstraZeneca no tendrá que pagar cantidades de dinero adicionales después de pagar reclamos válidos y el pago máximo de \$10 millones a organizaciones de beneficencia.

6. ¿Cómo presento un reclamo?

A esta Notificación se adjunta un Formulario de Reclamo. ***Debe llenar el Formulario de Reclamo y enviarlo al Administrador de Reclamos, con matasellos fechado el 14 de marzo de 2008 o antes, y dirigido a:***

AstraZeneca AWP Settlement Administrator
c/o Complete Claim Solutions, LLC
P.O. Box 24787
West Palm Beach, FL 33416

Como parte de su reclamo, debe dar pruebas de que usted hizo un copago porcentual por Zoladex® bajo Medicare Parte B e identificar, en la mayor medida de sus posibilidades, los meses y años en los que usted pagó por Zoladex®.

Cualquiera de las siguientes son aceptables como prueba de copago porcentual por Zoladex®:

- (1) Un recibo, un cheque cobrado o un estado de cuenta de tarjeta de crédito que muestra un pago de Zoladex® (que no sea un copago único); o

- (2) La carta de un médico que diga que le recetó Zoladex® y usted pagó parte del costo de Zoladex® (que no sea un copago único) por lo menos una vez; o
- (3) Una declaración firmada por usted so pena de perjurio en el formulario proporcionado de que usted pagó un copago porcentual por Zoladex® durante el período del 1 de enero de 1991 al 31 de diciembre de 2004; o
- (4) Cualquiera de los anteriores firmado por el cónyuge de un miembro de la clase difunto o un representante legal de la sucesión del miembro de la clase difunto.

Si, **después** de recibir este Aviso, usted hace un copago porcentual por Zoladex® bajo Medicare Parte B basado en una factura que haya recibido de un médico o clínica relacionado con el consumo de Zoladex® del 1 de enero de 1991 al 31 de diciembre de 2004, puede presentar un reclamo. Con su reclamo, usted **debe** presentar un recibo, cheque cobrado o estado de cuenta de tarjeta de crédito que muestre que el pago se hizo por Zoladex® consumido entre el 1 de enero de 1991 y el 31 de diciembre de 2004, o su reclamo no será válido.

Tenga en cuenta que su firma en el Formulario de Reclamo indica que usted declara, so pena de perjurio, que usted (o el miembro de la clase difunto) hicieron un copago porcentual por Zoladex® en cierto momento durante el Período de la Clase. Como resultado, dar información falsa en el Formulario de Reclamo podría constituir perjurio.

7. ¿Cómo se determinan los pagos?

La cantidad que usted reciba de este Acuerdo Propuesto depende de a) el tiempo que usted hizo un copago porcentual por Zoladex®, y b) el volumen y monto de reclamos presentados por otros miembros de la clase.

El experto de los Demandantes ha calculado sobrecargos estimados, incluyendo intereses, relacionados con la presunta inflación del precio de Zoladex® que aportarán la base para el pago. El presunto sobrecargo varía según el año y si usted tenía seguro complementario que pagó parte de su copago.

La suma a la que usted tiene derecho se calculará tomando el número de meses que usted hizo un copago porcentual por Zoladex®, multiplicado por el supuesto sobrecargo que aplique para ese año y después duplicando el total. Si el total de los reclamos válidos de los miembros de la clase excede los \$24 millones, todos los reclamos se reducirán proporcionalmente.

Las tablas a continuación contienen cálculos realizados por el experto de los Demandantes y se usará para determinar la suma que usted obtendrá con este Acuerdo Propuesto.

Tabla 1

Si no tenía seguro complementario, se usará la Tabla 1 para calcular la suma que tendrá derecho a recibir.

Tabla 1: Sumas mensuales, incluyendo intereses, por año para los Miembros de la Clase que hicieron copagos de Medicare Parte B por Zoladex® y no tenían seguro complementario privado de terceros

1991: \$23.88	1995: \$32.86	1999: \$72.15	2003: \$61.30
1992: \$22.92	1996: \$37.89	2000: \$67.94	2004: \$59.73
1993: \$18.97	1997: \$50.48	2001: \$65.56	
1994: \$19.41	1998: \$67.43	2002: \$62.81	

Tabla 2

Si tenía seguro complementario, pero como quiera hizo un copago porcentual, se usa la Tabla 2. Si tenía seguro complementario y no hizo un pago porcentual, usted no es miembro de la Clase y no tiene derecho a pago.

Tabla 2: Sumas mensuales, incluyendo intereses, por año para los Miembros de la Clase que hicieron copagos parciales de Medicare Parte B por Zoladex® porque tenían pólizas de seguro complementario privado de terceros que cubrieron parte del copago

1991: \$4.78	1995: \$6.57	1999: \$14.43	2003: \$12.26
1992: \$4.58	1996: \$7.58	2000: \$13.59	2004: \$11.95
1993: \$3.79	1997: \$10.10	2001: \$13.11	

Si tenía seguro complementario solamente parte del tiempo que tomó Zoladex®, se usarán ambas tablas.

Comentarios sobre el Acuerdo Propuesto

8. ¿Puedo objetar al Acuerdo Propuesto o dar comentarios al respecto?

Si tiene comentarios, o no está de acuerdo con cualquier aspecto del Acuerdo propuesto, puede expresar sus opiniones al Tribunal mediante una respuesta por escrito al Acuerdo Propuesto. La respuesta por escrito debe incluir su nombre, domicilio, número de teléfono y una breve explicación de los motivos de su objeción. El documento **debe** estar firmado para asegurar que lo revise el Tribunal. La respuesta debe tener matasellos del 1 de abril de 2008 o antes y enviarse a:

Clerk of Court
John Joseph Moakley U.S. Courthouse
1 Courthouse Way, Suite 2300
Boston, Massachusetts 02210

Además, su documento debe declarar claramente que se relaciona con el siguiente Número de Demanda Colectiva: 01-CV-12257-PBS, MDL No. 1456.

Los abogados que lo representan

9. ¿Tengo un abogado que represente mis intereses en este caso?

Sí. El Tribunal nombró a los siguientes bufetes de abogados para representarlo a usted y a otros miembros de la clase:

Hagens Berman Sobol Shapiro LLP
www.hbsslaw.com
1301 Fifth Avenue, Suite 2900
Seattle, WA 98101

Edelson & Associates LLC
45 West Court Street
Doylestown, PA 18901

Spector Roseman & Kodroff, PC
www.srk-law.com
1818 Market Street, Suite 2500
Philadelphia, PA 19103

y

One Main Street, 4th Floor
Cambridge, MA 02142

Wexler Toriseva Wallace LLP
www.wtwlaw.us
One North LaSalle Street, Suite 2000
Chicago, IL 60602

A estos abogados se les llama Abogados de la Clase. No se le cobrará personalmente por esos abogados, pero pedirán al Tribunal que les asigne honorarios de lo que AstraZeneca aceptó pagar. En los sitios Web que aparecen arriba hay más información sobre los Abogados de la Clase y su experiencia.

10. ¿Debo conseguir mi propio abogado?

No necesita contratar su propio abogado. Sin embargo, si quiere que su propio abogado comparezca por usted o se presente en el Tribunal, debe presentar un Aviso de Comparecencia. (Ver la Pregunta 13.) Si contrata a un abogado para que comparezca por usted en la demanda legal, será a su propio costo.

La Audiencia de Aprobación Definitiva del Tribunal

11. ¿Cuándo y dónde decidirá el Tribunal si otorgará la aprobación definitiva al Acuerdo Propuesto?

El Tribunal celebrará una Audiencia de Aprobación Definitiva el 1 de mayo de 2008 a las 2:00 P.M. para considerar si el Acuerdo propuesto es justo, razonable y adecuado. En la Audiencia, el Tribunal decidirá si aprueba el Acuerdo Propuesto y la solicitud de honorarios y gastos para los abogados. Si se han recibido comentarios u objeciones, el Tribunal los considerará en este momento.

Nota: Las Audiencias pueden posponerse a otra fecha sin notificación adicional. La información actualizada se publicará en el sitio Web del Acuerdo AWP de AstraZeneca en www.AstraZenecaAWPSettlement.com.

12. ¿Debo asistir a la Audiencia de Aprobación Definitiva?

No se exige su asistencia, aunque haya enviado por correo debidamente una respuesta por escrito. Los Abogados de la Clase están preparados para responder las preguntas del Tribunal en su nombre. Si usted o su abogado personal desean asistir a la Audiencia, son más que bienvenidos a su propio costo. Sin embargo, no es necesario que asistan. Si la objeción tiene el matasellos con fecha anterior a la fecha límite, el Tribunal la considerará.

13. ¿Puedo hablar en la Audiencia de Aprobación Definitiva?

Si quiere que su propio abogado, y no el Abogado de la Clase, hable en la Audiencia de Aprobación Definitiva, debe dar al Tribunal un documento denominado "Aviso de Comparecencia". El Aviso de Comparecencia debe incluir el nombre y número de la demanda, y declarar que usted desea registrar una comparecencia en la Audiencia de Aprobación Definitiva. También debe incluir su nombre, domicilio, número de teléfono y firma. Su Aviso de Comparecencia **debe** tener matasellos con fecha del **1 de abril de 2008** o antes. No puede hablar en la Audiencia si previamente pidió ser excluido de la Clase del Acuerdo Propuesto y no presenta un Formulario de Reclamo ahora.

El Aviso de Comparecencia debe ser registrado en el Tribunal al siguiente domicilio:

Clerk of Court
John Joseph Moakley U.S. Courthouse
1 Courthouse Way, Suite 2300
Boston, Massachusetts 02210

El Aviso de Comparecencia se debe registrar usando el siguiente Número de Demanda Colectiva: 01-CV-12257-PBS, MDL No. 1456.

Cómo conseguir más información

14. ¿Dónde consigo más información?

Aparecen más detalles en la Queja registrada por los Abogados de la Clase, en la Respuesta presentada por AstraZeneca y en los otros documentos legales que han sido registrados para esta demanda legal en el Tribunal. Puede ver y copiar esos documentos legales en cualquier momento durante horas hábiles en la Oficina del Secretario del Tribunal, John Joseph Moakley U.S. Courthouse, 1 Courthouse Way, Suite 2300, Boston, Massachusetts 02210.

Además, si tiene dudas sobre la demanda legal o esta Notificación, puede:

- Visitar el sitio Web del Acuerdo AWP de AstraZeneca en www.AstraZenecaAWPSettlement.com
- Llamar sin costo al 1-877-625-9451 (personas con problemas de audición llamar al 1-561-253-7732)
- Escribir a: AstraZeneca AWP Settlement Administrator
c/o Complete Claim Solutions, LLC
P.O. Box 24787
West Palm Beach, FL 33416