Pasos importantes para el médico/para quien extendió la receta y el paciente:

1. Complete TODA la información del formulario de solicitud.
   Puede completar los campos en línea e imprimir el formulario.
   O
   Puede imprimir el formulario y completarlo a mano con un bolígrafo negro.

2. Lleve su solicitud completa a su médico o a quien extendió la receta. **Tanto el médico o quien extendió la receta como el paciente DEBEN firmar la solicitud.**

3. Solicítele a su médico o a quien extendió la receta que escriba las recetas en la sección 2 de la solicitud.
   - Una única solicitud puede incluir hasta un máximo de **3** recetas para medicamentos de Merck.
   - Cada una de las recetas no puede exceder un suministro de medicamento para 90 días por vez, con un máximo de **3 resurtidos**.
   - Cada solicitud es válida por un máximo de 12 meses; luego de los **12 meses,** se deberá utilizar una nueva solicitud. Bajo ciertas circunstancias, la inscripción podría estar limitada a un año calendario.
   - Se REQUIERE una solicitud separada para el Programa de asistencia para el paciente de Merck para **cada** paciente.

4. Envíe por correo las solicitudes **completas** a:

   Programa de asistencia para el paciente de Merck
   PO Box 690
   Horsham, PA 19044-9979

Recuerde:

- Las solicitudes incompletas o que hayan sido llenadas de manera incorrecta serán devueltas.
- **La sección 2 es su receta. No necesita escribir su receta en un formulario de recetas separado.**
- El medicamento recetado se enviará al domicilio del paciente, a menos que el paciente/quien extendió la receta solicite lo contrario en la sección 1 de la solicitud.
- Para obtener solicitudes adicionales o asistencia, llame al 1-800-727-5400.

Restablecer Formulario

Grupo: **MERCKRX**

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EL PACIENTE DE MERCK

NOTA PARA EL MÉDICO: SE REQUIERE UN FORMULARIO SEPARADO PARA CADA PACIENTE.

SECCIÓN 1: COMPLETE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE ABAJO. USE LETRA DE IMPRENTA (UTILICE UN BOLÍGRAFO NEGRO).

Primer nombre del paciente _____ Inicial del segundo nombre _____

Apellido _____

Dirección _____ Apartamento N.° _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Fecha de nacimiento M M D D A A A A Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Su Número de Seguro Social _____ No tengo un N.º de Seguro Social ☐ N.° de miembros del grupo familiar (incluido el paciente) _____

A continuación, haga una lista del ingreso anual de su grupo familiar. Indique la(s) fuente(s) de su ingreso marcando todas las casillas que correspondan.

Ingreso total anual $ _____ , _____

Beneficios del Seguro Social (SS, SSI, SSDI) ☐ Salarios ☐

Intereses/dividendos ☐ Jubilación ☐ Compensación de desempleo ☐

Indique otra(s) fuente(s) _____

¿Tiene cobertura para **medicamentos de venta con receta**? Sí ☐ No ☐

Si su respuesta es "sí", marque todas las casillas que correspondan.

Medicare ☐ Medicaid ☐

Programa de asistencia farmacéutica estatal ☐ Empleador ☐

Otro (póliza privada o plan suplementario de Medicare) ☐

De ser otro, indíquelo. _____

Compañía aseguradora _____

ID de Póliza _____ Grupo N.° _____

Declaraciones y autorización del solicitante

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud, incluido el ingreso del grupo familiar, es completa y precisa. Entiendo que el programa de asistencia se dará por terminado si el programa se entera de algún fraude o si ya no se me receta este medicamento. Entiendo que llenar esta solicitud no garantiza que calificaré para este programa. Certifico que no puedo pagar este medicamento. Certifico que no solicitaré un reembolso ni un crédito por este medicamento a una aseguradora, a un plan de salud ni a un programa del gobierno. Si soy miembro de un plan Medicare Parte D, no solicitaré que este medicamento, o algún costo relacionado con él, sea contabilizado como parte de mi desembolso por medicamentos de venta con receta. Entiendo que el programa de asistencia para el paciente de Merck (Merck PAP) se reserva el derecho de modificar el formulario de solicitud, modificar o descontinuar este programa, o finalizar la asistencia en cualquier momento y sin aviso previo. Autorizo a Merck PAP y a sus afiliadas a enviar esta receta a una farmacia dispensadora en mi nombre. Merck PAP no actúa como una farmacia dispensadora de medicamentos. Merck PAP no se responsabiliza por la verificación de la información contenida en la sección 2, lo que incluye, entre otros, alergias, afecciones médicas u otros medicamentos que yo tome. Con respecto a esta solicitud, entiendo que solo la farmacia dispensadora será responsable de la información contenida en la sección 2 de este formulario de solicitud.

Firma original del paciente _____ Fecha M M D D A A A A

Autorización del solicitante para utilizar y revelar la información de salud personal

Entiendo que, para que Merck Patient Assistance Program, Inc. (Merck PAP) me brinde asistencia, el programa deberá obtener, examinar, utilizar y revelar mi información de salud personal (personal health information, PHI), incluida la información referente a mi afección médica y la información contenida en mi formulario de solicitud. Autorizo a mi médico, mi farmacia y mi(s) plan(es) de salud a revelar mi PHI a Merck PAP y a sus administradores según sea necesario para completar el proceso de solicitud de Merck PAP o para verificar mi solicitud. Entiendo que mi nombre, dirección y cualquier otra información que pueda identificarme de manera personal que haya provisto en mi solicitud estará a disposición de Merck PAP y sus afiliadas. Entiendo que es posible que mi PHI revelada en esta solicitud ya no esté protegida por las leyes de privacidad y pueda ser revelada nuevamente por Merck PAP solo para los propósitos descritos aquí. Entiendo que si no proporciono esta autorización, no podré obtener la asistencia de Merck PAP. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío por correo postal de una solicitud por escrito de dicha cancelación dirigida al médico que me recetó el medicamento y a Merck PAP, y que la cancelación no afectará la información que ya haya sido utilizada o revelada de conformidad con esta autorización. Si no cancelo esta autorización, la misma expirará 15 meses después de la fecha en que se firmó y que aparece abajo. He leído o me han explicado este documento. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización una vez que haya sido firmada.

Firma original del paciente _____ Fecha M M D D A A A A

Enviar el producto a: Domicilio del paciente ☐ Consultorio del médico ☐

El médico debe llenar las secciones 2 y 3 ubicadas en la página siguiente.

SECCIÓN 2: ESTA ES LA RECETA. EL MÉDICO/QUIEN EXTENDIÓ LA RECETA DEBE COMPLETAR LA RECETA Y LA INFORMACIÓN DEL PRODUCTO ABAJO. POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA. (NO ADJUNTE UNA RECETA SEPARADA A ESTA SOLICITUD).

Primer nombre del paciente _____ Inicial del segundo nombre _____

Apellido _____

Fecha de nacimiento _____ (M M D D A A A A)

Nombre del producto _____ Concentración _____ Cantidad _____ Modo de uso _____ Resurtido ___ Veces (1, 2 ó 3)

Nombre del producto _____ Concentración _____ Cantidad _____ Modo de uso _____ Resurtido ___ Veces (1, 2 ó 3)

Nombre del producto _____ Concentración _____ Cantidad _____ Modo de uso _____ Resurtido ___ Veces (1, 2 ó 3)

Número de Licencia del Estado (State License Number) del médico/de quien extendió la receta _____ Fecha _____

☐ Dispensar según se indica: **Firma del médico/de quien extendió la receta** _____ (No podemos aceptar sellos con la firma)

ALERGIAS: ☐ Ninguna ☐ Aspirina ☐ Codeína ☐ Yodo ☐ Penicilina ☐ Sulfamidas Otra _____

AFECCIONES MÉDICAS: ☐ Ninguna ☐ Asma ☐ Glaucoma ☐ Cardíacas ☐ Presión arterial alta ☐ Úlcera Otra _____

MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE EL PACIENTE: _____

SECCIÓN 3: COMPLETE LA INFORMACIÓN DEL MÉDICO/DE QUIEN EXTENDIÓ LA RECETA ABAJO Y FIRME LA SIGUIENTE DECLARACIÓN.

Primer nombre del médico _____ Inicial del segundo nombre _____

Apellido _____

Designación profesional _____

Centro _____

Dirección (no se aceptan casillas postales) _____

(edificio/suite) _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ - _____ - _____ ext. _____

Fax seguro _____ - _____ - _____

Certificación del médico/de quien extendió la receta

Certifico que este medicamento es apropiado desde un punto de vista médico para este paciente y que yo supervisaré el tratamiento del paciente. Verifico que la información provista es completa y exacta a mi leal saber y entender. Autorizo a Merck PAP, a sus compañías afiliadas o a sus subcontratistas a enviar esta receta a una farmacia dispensadora en representación mía y de mi paciente.

Firma original del médico/de quien extendió la receta _____ Fecha _____ (M M D D A A A A)