

Pasos importantes para el paciente y el médico/prescriptor:

1. Ingrese TODA la información en el formulario de solicitud.
Si prefiere, puede llenar el formulario en línea y después imprimirlo,
O BIEN
Puede imprimir el formulario y llenarlo a mano con un bolígrafo de tinta negra.
2. Lleve la solicitud llenada a su médico/prescriptor. **Tanto el médico/prescriptor como el paciente DEBEN firmar la solicitud.**
3. Pídale a su médico/prescriptor que escriba la(s) receta(s) en la sección 2 de la solicitud.
 - En un solo formulario de solicitud se pueden incluir hasta **tres** recetas para medicamentos de Merck.
 - No se podrá recetar una cantidad superior a 90 días de tratamiento en cada receta (con un máximo de **3 repeticiones**).
 - Cada solicitud es válida por un tiempo máximo de 12 meses; después de transcurridos **12 meses**, se requerirá una nueva solicitud.
 - DEBE ENVIARSE un formulario de solicitud de incorporación al Programa de Asistencia a Pacientes de Merck por **cada** paciente.
4. Envíe por correo las solicitudes **llenadas** a la siguiente dirección:

**Merck Patient Assistance Program
PO Box 690
Horsham, PA 19044-9979**

Sírvase notar lo siguiente:

- Las solicitudes que estén incompletas o con información incorrecta serán devueltas al médico/prescriptor.
- **La sección 2 es su receta. No se requiere que la escriba en un formulario de receta aparte.**
- La receta del paciente se enviará al domicilio de éste salvo que el médico/prescriptor indique lo contrario en la sección 3 de la solicitud.
- Si necesita ayuda o requiere más formularios, llame al 1-800-727-5400.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL PROGRAMA DE ASISTENCIA A PACIENTES DE MERCK

NOTA PARA EL MÉDICO: DEBE ENVIARSE UN FORMULARIO DE SOLICITUD POR CADA PACIENTE.

SECCIÓN 1: SUMINISTRE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE QUE SE SOLICITA A CONTINUACIÓN. **ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA Y CON UN BOLÍGRAFO DE TINTA NEGRA.**

Nombre del paciente																Inicial del 2.º nombre	
Apellido																	
Dirección																Nº apt.	
Ciudad											Estado		Código postal				
Teléfono						Fecha de nacimiento	M	M	D	D	A	A	A	A	Sexo:	Hombre	Mujer
N.º de Seguro Social						No tengo un número de Seguro Social					N.º de personas de la familia (incluido el paciente)						

Indique a continuación los ingresos familiares anuales actuales. Indique las fuentes de sus ingresos marcando todas las casillas que correspondan.

Ingresos anuales totales \$

Prestaciones del Seguro Social ☐ SS ☐ SSI ☐ SSDI

☐ Intereses/Dividendos ☐ Pensión ☐ Beneficios de desempleo

Indique otras fuentes _____

¿Tiene algún seguro que incluya cobertura de **recetas médicas**? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, marque todas las casillas que correspondan.

Medicare ☐ Medicaid ☐ Farmacia estatal ☐

Otro (póliza privada o Suplemento de Medicare) ☐

Si dispone de otras coberturas, indique. _____

Empresa aseguradora _____

N.º de póliza _____ N.º de grupo _____

Declaración del solicitante

Confirmando que la información aportada en esta solicitud está completa y exacta. Comprendo que la asistencia del programa cesará si el programa entra en conocimiento de cualquier caso documentado de fraude, o si dejan de recetarme este medicamento. Comprendo que Merck & Co., Inc., se reserva el derecho de modificar el formulario de solicitud en cualquier momento y sin previo aviso, o de cambiar o interrumpir todos los programas o cualquiera de ellos; o dar fin a la asistencia. Comprendo que el hecho de yo que llene esta solicitud no garantiza que reúna los requisitos para ser beneficiario del programa. Certifico y autentico que, de no poder participar en el Programa de Asistencia a Pacientes de Merck, no podría costearme este medicamento debido a mis dificultades financieras. Certifico además que no trataré de obtener reembolso o crédito monetario para este medicamento de parte de ninguna empresa aseguradora, organización de mantenimiento de salud o programa gubernamental. Si participo en un plan de Medicare Parte D, no intentaré aplicar esta receta o ningún costo asociado con ella como parte de mis gastos o costos de mi propio bolsillo por concepto de medicamentos de venta con receta.

Firma original del paciente _____ **Fecha**

Autorización

Autorizo al programa a obtener y revelar información del médico prescriptor como también otras informaciones, según sea necesario para finalizar el proceso de solicitud o verificar la exactitud de cualquier dato suministrado en esta solicitud y para proporcionar los servicios ofrecidos por este programa. Asimismo, autorizo al programa y a sus administradores a utilizar y revelar mi información médica personal relacionada con esta receta a Medicare, a mi plan de seguros y a sus contratistas para fines de coordinación de beneficios y verificación de la información suministrada por mi médico y por mí en referencia a mi inscripción en el programa. Comprendo que mi nombre, dirección y cualquier otra información personal que me identifique, aportada en esta solicitud, quedará a disposición de Merck y de sus filiales y subcontratistas, y que esta información no se revelará a nadie más excepto cuando lo imponga la ley. El papel de Merck y de sus filiales y subcontratistas se limitará a funciones administrativas tales como la introducción de datos y la verificación de la exactitud y exhaustividad de la información sobre las condiciones de aceptación en el programa y la incorporación a éste, contenida en las secciones 1 y 3 del presente formulario de solicitud. Autorizo a Merck y a sus filiales y subcontratistas a enviar en mi nombre esta receta a una farmacia dispensadora. Merck no actúa como farmacia dispensadora. Merck no es responsable de comprobar ni verificar la información contenida en la sección 2, incluidos, entre otros, datos sobre alergias, problemas de salud u otros medicamentos que esté tomando el paciente. Con respecto a esta solicitud, comprendo que sólo la farmacia dispensadora será responsable de la información contenida en la sección 2 de este formulario de solicitud. También comprendo que es posible que yo reciba una copia de esta autorización y que, a menos que previamente cambie mi selección, mi autorización vencerá a los 15 meses de la fecha firmada abajo.

Firma original del paciente _____ **Fecha**

El médico debe llenar las secciones 2 y 3 al reverso de este formulario. M M D D A A A A

SECCIÓN 2: ÉSTA ES LA RECETA. EL MÉDICO DEBE SUMINISTRAR ABAJO LA INFORMACIÓN SOBRE LA RECETA Y EL PRODUCTO. ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA. (NO ENVÍE UNA RECETA APARTE DE ESTA SOLICITUD.)

Nombre del paciente Inicial del 2.º nombre
Apellido
Fecha de nacimiento
M M D D A A A A
Nombre del producto _____ Concentración _____ Cantidad _____ Instrucciones _____ Repetir _____ (1, 2 ó 3) veces
Nombre del producto _____ Concentración _____ Cantidad _____ Instrucciones _____ Repetir _____ (1, 2 ó 3) veces
Nombre del producto _____ Concentración _____ Cantidad _____ Instrucciones _____ Repetir _____ (1, 2 ó 3) veces
Número de licencia estatal _____ Fecha _____

Marque a continuación la casilla correspondiente:

- ☐ Dispensar tal como se indica: Firma del médico/prescriptor _____ (No se aceptarán sellos de firmas)
☐ Sustitución autorizada: Firma del médico/prescriptor _____ (No se aceptarán sellos de firmas)

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

AFECCIONES DE SALUD: ☐ Ninguna ☐ Asma ☐ Glaucoma ☐ Cardiopatía ☐ Hipertensión ☐ Úlcera Otra _____

MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE TOMA ACTUALMENTE: _____

SECCIÓN 3: SUMINISTRE LA INFORMACIÓN DEL MÉDICO/PRESCRIPTOR INDICADA A CONTINUACIÓN Y FIRME LA DECLARACIÓN QUE SIGUE.

Nombre del médico Inicial del 2.º nombre
Apellido
Designación profesional
Centro
Dirección (no se aceptan números de buzones postales)
(Edificio/Suite)
Ciudad
Estado Código postal
Teléfono - - Ext.
Fax seguro - -

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

000000000000

Declaración de autenticación del médico/prescriptor

Según mi leal saber y entender, este paciente carece de un seguro médico (incluido Medicaid u otros programas públicos) que cubra esta receta. Certifico que esta receta está indicada para el tratamiento médico de este paciente y que me encargaré de supervisar sus tratamientos. Verifico que la información suministrada está completa y exacta según mi leal saber y entender. Autorizo a Merck, a sus filiales o a sus subcontratistas enviar esta receta a una farmacia dispensadora en mi nombre y en el de mi paciente.

Firma original del médico/prescriptor _____ Fecha
M M D D A A A A

Separe aquí, ponga la solicitud en un sobre y envíela por correo.

20652918(3)-02/07