

MerckHelps™

EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE MERCK

Envíe los formularios de inscripción (solicitudes) completos, firmados y fechados a la siguiente dirección:
Merck Patient Assistance Program, PO Box 690, Horsham, PA 19044
Si tiene preguntas, llame al 800-727-5400

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

Como parte de su compromiso con los pacientes y proveedores de atención médica, el Programa de Asistencia al Paciente (Patient Assistance Program, Inc., PAP) de Merck ofrece ciertos medicamentos de Merck de forma gratuita a las personas que no tienen cobertura para fármacos de venta con receta o de seguro de salud y que, sin ayuda, no podrían pagar los medicamentos de Merck.

Postularse al PAP es **GRATIS**. Merck no está asociado con ninguna persona u organización que pudiera cobrarles a los pacientes un cargo por ayudarlos a completar los formularios de inscripción al PAP. Dichas personas u organizaciones actúan de forma independiente a Merck y no cuentan con su consentimiento.

Para ser elegible para el PAP, tanto el profesional de atención médica que emite la receta COMO el paciente deben completar, firmar y fechar este formulario de solicitud del programa y certificar que:

1. Un proveedor de atención médica le ha recetado al paciente un medicamento de Merck incluido en el Programa de Asistencia al Paciente de Merck.
2. El paciente actualmente vive en los Estados Unidos (no es necesario que el paciente sea ciudadano estadounidense).
3. El paciente no tiene seguro de salud ni otra cobertura para medicamentos de venta con receta o para el medicamento de Merck recetado por el profesional de atención médica. Estos son algunos ejemplos de seguros de salud:
 - a. Seguros privado
 - b. Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organizations, HMO)
 - c. Medicaid o Parte D de Medicare
 - d. Asistencia para veteranos o cualquier otro apoyo de una agencia de servicios sociales

Y

4. El paciente no puede pagar el medicamento de Merck y el PAP puede verificar que el paciente cumple con los criterios de elegibilidad financieros del programa. Para obtener información sobre los niveles específicos de criterios financieros, llame al 1-800-727-5400.
5. Para conocer la lista más actualizada de los medicamentos de Merck disponibles a través de este programa, visite merckhelps.com o llame al Programa de Asistencia al Paciente de Merck al 1-800-727-5400. Se dispone de especialistas para brindarle asistencia de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

LISTA DE VERIFICACIÓN DEL PROGRAMA

1. Tanto el paciente como el profesional de atención médica que emite la receta deben completar todas las secciones de este formulario.
2. El paciente y el profesional de atención médica que emite la receta deben firmar Y fechar este formulario en todos los espacios designados.
3. El paciente debe autorizar al PAP a verificar sus ingresos familiares anuales brutos actuales (ingresos familiares antes de que se retiren los impuestos) al hacer lo siguiente:
 - a. OPCIÓN 1: Autorizar al PAP y a otras personas que participan en la administración del PAP a obtener su informe de consumidor y/u otra información relacionada con su informe de crédito a fin de determinar la elegibilidad del paciente a fin de participar en el programa. Esta verificación no afectará la calificación crediticia del paciente.

O BIEN

- b. OPCIÓN 2: Enviar con esta solicitud una COPIA de CUALQUIERA de los siguientes documentos que muestre una prueba de los ingresos familiares que el paciente proporcionó en el formulario de solicitud:

- | | | |
|---|--|-------------------------------|
| - Formulario de Impuestos Federales 1040 más reciente | - Carta de Beneficios del Seguro Social | - Declaración de Discapacidad |
| - Un mes de talones de pago, antes de la fecha de solicitud | - Declaración de Beneficios para Veteranos | - Carta de Pensión |
| | - Declaración de Beneficios por Desempleo | |

Si elige la opción 2, incluya una COPIA de CUALQUIERA de estos documentos con su formulario de inscripción completo, firmado y fechado. No envíe documentos originales.

4. Envíe el formulario de inscripción completo, firmado y fechado por correo postal en el sobre de respuesta comercial adjunto. Si eligió la opción 2 para verificar los ingresos familiares, recuerde incluir una copia de uno de los documentos indicados anteriormente. También puede utilizar un sobre propio dirigido a esta dirección:

Merck Patient Assistance Program | PO Box 690 | Horsham, PA 19044



Escanee para obtener más información sobre los Programas de Asistencia al Paciente de Merck en MerckHelps.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE MERCK

EL PACIENTE DEBE COMPLETAR ESTE LADO DEL FORMULARIO Y FIRMAR EN TODOS LOS LUGARES DONDE APAREZCA

FIRME
AQUI

USE BOLÍGRAFO
NEGRO O AZUL.

SECCIÓN 1: COMPLETE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE DEBAJO. ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA, EN MAYÚSCULAS Y DE FORMA LEGIBLE.

Primer nombre del paciente

Residente de los EE. UU.*

Sí

No

*No es necesario ser ciudadano estadounidense.

Apellido del paciente

Dirección (línea 1)

Dirección (línea 2) (número de apartamento/unidad)

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha de nacimiento

Me inscribo por primera vez

Quiero volver a inscribirme

Indique una dirección de correo electrónico y un número de teléfono celular para que podamos enviarle notificaciones y actualizaciones del programa.

Teléfono celular

Teléfono residencial

Correo electrónico

Indique sus ingresos familiares anuales brutos actuales (ingresos familiares antes de deducir los impuestos), incluidos los beneficios del Seguro Social y de pensión.

Ingresos familiares anuales brutos totales \$

Número de integrantes del grupo familiar (incluido el paciente) que dependen de estos ingresos

¿Tiene seguro u otra cobertura para fármacos de venta con receta? Sí NO

¿Está inscrito en alguno de los siguientes programas? Medicare Medicaid

Parte D de Medicare Otro

Quiero que se envíe mi producto a la siguiente ubicación: Mi hogar El consultorio de mi médico

Otra dirección: _____

Instrucciones especiales de entrega: _____

Sección 2: Verificación de ingresos

Comprendo que el Programa de Asistencia al Paciente de Merck (PAP de Merck) verificará la información sobre mis ingresos familiares anuales brutos actuales a fin de garantizar que reúno los requisitos para este programa.

Al firmar a continuación, otorgo autorización por escrito al PAP de Merck y a otras personas que participan en la administración del PAP de Merck a obtener mi informe de consumidor y/u otra información relacionada con mi informe de crédito a fin de determinar mi elegibilidad para participar en el programa. Esta verificación no afectará mi calificación crediticia.

FIRME Firma original del
AQUI paciente

Fecha

M

M

D

D

A

A

A

A

NOTA: Como alternativa a la autorización anterior, puede enviar UNO de los documentos enumerados en la portada de este formulario de solicitud para verificar los ingresos familiares que proporcionó en este formulario.

Debe incluir una **copia** de este documento de verificación de ingresos con el formulario de inscripción completo y firmado. Puede enviarlos al PAP de Merck en el sobre de devolución adjunto o en un sobre autodirigido a la siguiente dirección: Merck Patient Assistance Program, P.O. Box 690 Horsham, PA 19044.

1-800-727-5400 | Merckhelps.com

Primer nombre del paciente _____

Apellido del paciente _____

Sección 3: Declaraciones y autorización

Declaraciones y autorización del solicitante

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud, incluido el ingreso 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 esta receta a una aseguradora, a un plan de salud ni a un programa gubernamental. Si soy miembro de un plan de la Parte D de Medicare, no solicitaré que esta receta, o algún costo relacionado con ella, se contabilice como parte de mi desembolso por fármacos de venta con receta. Comprendo que el Programa de Asistencia al Paciente (PAP) de Merck se reserva el derecho de modificar el formulario de solicitud, de modificar o discontinuar este programa, o de finalizar la asistencia en cualquier momento y sin aviso previo. Comprendo que el PAP de Merck se reserva el derecho de realizar auditorías periódicas y de solicitar la documentación para verificar la información proporcionada en esta solicitud. Autorizo al PAP de Merck y a sus filiales a enviar esta receta a una farmacia dispensadora en mi nombre. PAP de Merck no actúa como una farmacia dispensadora de medicamentos. El PAP de Merck 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. Comprendo que la asistencia recibida a través del PAP de Merck no constituye un seguro.

FIRME AQUÍ Firma original del paciente

Fecha

M M D D A A A A

Autorización del solicitante para utilizar y revelar la información médica personal

Al firmar a continuación, autorizo a mis proveedores de atención médica y mis planes de salud, incluido Medicare, a revelar al Programa de Asistencia al Paciente de Merck y a otras personas que participan en la administración del Programa de Asistencia al Paciente de Merck (en conjunto, el "PAP") mi información médica personal, incluida la información proporcionada por mi proveedor de atención médica en el formulario de solicitud del PAP y otra información relacionada con mi participación en el PAP (en conjunto, "Mi información"), de modo tal que el PAP pueda usar la información para (i) evaluar si cumpla los requisitos para el PAP; (ii) proporcionarme asistencia con respecto al PAP; (iii) administrar el PAP; (iv) supervisar, auditar, consultar y evaluar la implementación y la eficacia del PAP; y (v) comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico, mensaje de texto, teléfono o fax para fines relacionados con el PAP, incluso como parte de las auditorías del PAP y para solicitarme información adicional. Autorizo al PAP a usar Mi información para los fines mencionados anteriormente, así como a revelar Mi información a los auditores del PAP y a mis planes de salud, incluido Medicare, de modo que pueda recibir asistencia del PAP si soy elegible. Comprendo que Mi información, una vez divulgada en virtud de esta autorización, puede ya no estar protegida por las leyes federales y podría ser divulgada nuevamente a otras personas, pero también comprendo que el PAP pretende usar y divulgar Mi información únicamente para los fines establecidos en este documento. Comprendo que no es necesario que firme esta autorización para recibir tratamiento de atención médica o beneficios de seguro, pero, si no lo hago, no podré obtener asistencia del PAP. Además, comprendo que puedo cancelar la autorización en cualquier momento enviando un aviso de cancelación por escrito y por correo postal a la siguiente dirección: Merck Patient Assistance Program, PO Box 690, Horsham, PA 19044. Comprendo que, si cancelo la autorización, eso no invalidará los usos y las divulgaciones de Mi Información realizados en base a la autorización antes de que el PAP recibiera el aviso de mi cancelación. Si no la cancelo, la autorización permanecerá vigente durante 15 meses desde la fecha de mi firma a continuación (o durante el período máximo permitido por las leyes estatales aplicables, si es menos de 15 meses). He leído este documento o me lo han explicado. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta Autorización una vez que se haya firmado.

FIRME AQUÍ Firma original del paciente

Fecha

M M D D A A A A

Este formulario no debe falsificarse ni alterarse de ninguna forma. Solo se aceptarán las firmas originales en tinta.

Para denunciar un evento adverso sobre un producto específico de Merck, incluida la muerte debido a cualquier causa, comuníquese con el Centro Nacional de Servicios de Merck al 1-800-444-2080.

EL MÉDICO/QUIEN EMITE LA RECETA DEBE COMPLETAR ESTE LADO DEL FORMULARIO Y FIRMAR EN TODOS LOS LUGARES

FIRME
AQUÍ

USE BOLÍGRAFO
NEGRO O AZUL.

DONDE APAREZCA SECCIÓN 4: COMPLETE LA RECETA Y LA INFORMACIÓN DEL PRODUCTO A CONTINUACIÓN (registre solo 1 producto de Merck por línea). **ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA, EN MAYÚSCULAS Y DE FORMA LEGIBLE.**

ESTA ES LA RECETA. NO ENVÍE UNA RECETA POR SEPARADO DE ESTA SOLICITUD.*

Primer nombre del paciente _____

Apellido del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Producto 1 _____ Concentración _____ Cantidad _____ Resurtido _____ (1, 2 o 3) veces

Instrucciones de uso _____

Producto 2 _____ Concentración _____ Cantidad _____ Resurtido _____ (1, 2 o 3) veces

Instrucciones de uso _____

Producto 3 _____ Concentración _____ Cantidad _____ Resurtido _____ (1, 2 o 3) veces

Instrucciones de uso _____

FIRME
AQUÍ

Entregar como se indica:

Firma del médico/de
quien emite la receta

(No podemos aceptar
sellos como firma)

ALERGIAS: Ninguna Aspirina Codeína
 Yodo Penicilina Sulfamidas

AFECCIONES MÉDICAS: Ninguna Asma Diabetes
 Enfermedades cardíacas Presión arterial alta Colesterol alto

Otra: _____

Otra: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES DEL PACIENTE: _____

* NOTA: TODAS LAS RECETAS DE SUSTANCIAS CONTROLADAS DEBEN ENVIARSE ELECTRÓNICAMENTE (NPI: 1285159152) Y POR SEPARADO DE ESTE FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN; ADEMÁS, DEBEN INCLUIR SU NÚMERO DEA (SI TIENE PREGUNTAS, LLAME AL 1-800-727-5400).

Sección 5: Información del médico/de quien emite la receta

Primer nombre de quien emite la receta _____ Inicial del segundo nombre _____

Apellido de quien emite la receta _____ Designación profesional _____

Número de NPI del médico/de quien emite la receta _____

Nombre del establecimiento/centro _____

Dirección postal (no se permiten apartados postales)

Calle _____ Suite/edificio/piso _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Ext. _____ Fax seguro _____

Nombre de contacto del consultorio _____ Dirección de correo electrónico _____

Certificación del médico/de quien emite la receta

Certifico que esta receta es apropiada 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 al PAP de Merck, a sus compañías afiliadas o a sus subcontratistas a enviar esta receta a una farmacia dispensadora en representación mía y de mi paciente. Entiendo que el PAP de Merck se reserva el derecho de modificar o interrumpir este programa en este centro/consultorio, o cancelar la asistencia en cualquier momento y sin aviso previo. Certifico que no solicitaré un reembolso ni un crédito por esta receta a una aseguradora, a un plan de salud ni a un programa gubernamental. Comprendo que el PAP de Merck se reserva el derecho de realizar auditorías periódicas y de solicitar la documentación para verificar la información proporcionada en esta solicitud, en lo que respecta al PAP de Merck para los fines de determinar la elegibilidad del paciente.

FIRME Firma original del médico/de
AQUÍ quien emite la receta

Fecha

M M D D A A A A