

## ¿Cómo puedo enviar mi postulación completada?



### FAX

Januvia y Janumet: 1-800-419-8371  
Todos los demás fármacos: 1-800-498-5540



### CORREO

Programa de Asistencia al Paciente de Merck  
PO Box 1206, Wilkes Barre, PA 18703-1206



### EN LÍNEA

Postularse en línea en [www.MerckHelps.com](http://www.MerckHelps.com)

¿Cómo podemos  
ayudar?

Para consultas,  
llame al  
**1-800-727-5400**

## INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

Como parte de nuestro compromiso con los Pacientes, Merck Patient Assistance Program, Inc. (PAP de Merck) proporciona ciertos medicamentos de Merck de forma gratuita a las personas que no cuentan con cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados y que, sin nuestra asistencia, no podrían costear sus medicamentos de Merck.

La postulación al PAP de Merck es GRATUITA. El PAP de Merck no está asociado con ninguna persona u organización que pueda cobrarles a los Pacientes un cargo por ayudarles a completar los formularios de inscripción para el PAP de Merck. Dichas personas u organizaciones actúan de forma independiente del PAP de Merck y no cuentan con el consentimiento del PAP de Merck.

**Para ser elegible para el PAP de Merck, el Paciente Y el Profesional de atención médica que emite la receta deben completar, firmar y fechar este formulario de postulación del Programa y certificar que:**

1. Un Proveedor de atención médica le ha recetado al Paciente un medicamento de Merck cubierto por el Programa de Asistencia al Paciente de Merck (PAP de Merck).
2. El Paciente actualmente reside en los Estados Unidos (EE. UU.) o en territorio de EE. UU. (no es necesario que el Paciente sea ciudadano estadounidense).
3. El Paciente no tiene un plan de seguro ni un empleador que participe o esté implicado de alguna manera en un programa de financiación alternativo que requiera o le anime a solicitar el Programa de Asistencia al Paciente de Merck como condición, requisito o requisito previo para la cobertura de medicamentos específicos de Merck. Algunos ejemplos de seguro de salud incluyen:
  - a. Seguro privado o proporcionado por el empleador
  - b. Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMOs)
  - c. Medicaid o Medicare
  - d. Asistencia para veteranos, o cualquier otro apoyo de una agencia de servicios sociales
4. El Paciente no puede pagar el fármaco y el PAP de Merck puede verificar que el Paciente cumpla con los requisitos de elegibilidad financieros del Programa. La información sobre los niveles específicos de los criterios financieros está disponible visitando [MerckHelps.com](http://MerckHelps.com) o llamando 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](http://MerckHelps.com) o llame al Programa de Asistencia al Paciente de Merck al 1-800-727-5400. Los representantes del Paciente están disponibles para brindarle asistencia de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

## LISTA DE COMPROBACIÓN DEL PROGRAMA

1. Compruebe su elegibilidad en [MerckHelps.com](http://MerckHelps.com).
2. Tanto el Paciente como el Profesional de atención médica que emite la receta deben completar todas las secciones de este formulario.
3. Tanto el Paciente como el Profesional de atención médica que emite la receta deben marcar, firmar Y fechar este formulario en todos los lugares designados.
4. Una vez que el Paciente y el Profesional que emite la receta hayan completado todas las secciones del formulario de inscripción, envíe el formulario de inscripción al Programa de Asistencia al Paciente de Merck. No incluir toda la información puede provocar retrasos en los tiempos de procesamiento. Los Pacientes y los Profesionales que emiten la receta recibirán una comunicación una vez que se haya determinado la elegibilidad.



Escanee para obtener más información sobre los Programas de Asistencia al Paciente de Merck u obtenga más información sobre nuestra postulación en línea en [MerckHelps.com](http://MerckHelps.com).

**NO INCLUYA ESTA PORTADA CUANDO ENVÍE POR FAX EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN COMPLETO Y FIRMADO.**

## SECCIÓN 1: INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre del Paciente

Apellido del Paciente

Fecha de nacimiento  
(MM/DD/AAAA)

Línea 1 de dirección

Línea 2 de dirección  
(número de apartamento/unidad)Residente en  
EE. UU. o en un  
territorio de EE. UU.:No es necesario  
que sea ciudadano  
estadounidense.

Sí

No

Ciudad

Estado

Código postal

Me estoy  
inscribiendo por  
primera vez:Estoy  
volviendo a  
inscribirme:

Proporcione un número de teléfono y una dirección de correo electrónico para que podamos ponernos en contacto con usted con respecto a notificaciones y actualizaciones del Programa:

Teléfono móvil

Teléfono del hogar

Correo electrónico

Deseo que mi  
medicamento se  
envíe a: Mi hogar El consultorio  
de mi médico Otro

¿Tiene seguro u otra cobertura de fármacos de venta con receta?

 Sí No

Otra dirección

Instrucciones especiales de entrega

¿Está inscrito en alguno de los siguientes?

 Parte A o B de  
Medicare Parte D de  
Medicare Medicaid Seguro proporcionado  
por el empleador o  
seguro privado Otro

Si selecciona "Otro", describalo

## Consentimiento para procesar información personal y sensible para los fines de PAP de Merck

Si soy elegible para participar, entonces, con mi consentimiento, acepto inscribirme en el Merck Patient Assistance Program Inc. (el "Programa"). Al elegir inscribirme, acepto que el Programa de Asistencia al Paciente de Merck y sus empleados, filiales, representantes, agentes, contratistas, y procesadores de datos, incluidos los administradores del Programa (conjuntamente, el "PAP de Merck"), pueden recoger, usar y divulgar información personal y sensible sobre mí, incluidos los datos que he proporcionado en este formulario, información sobre mi participación en el Programa y otra información de salud sobre mí, como mi diagnóstico, síntomas, medicamentos, e inferencias derivadas de los mismos, para facilitar mi participación en el Programa, lo que incluye, según corresponda, a: (i) evaluar mi elegibilidad para inscribirme en el Programa; (ii) proporcionarme la asistencia del PAP de Merck; (iii) administrar el PAP de Merck; y (iv) monitorear, auditar, acceder y evaluar la implementación y efectividad del PAP de Merck. También acepto que el PAP de Merck pueda ponerte en contacto conmigo por correo electrónico, mensaje de texto, teléfono o carta utilizando la información de contacto que he proporcionado en este formulario para fines relacionados con el Programa, incluido el envío de información sobre mi medicamento.

Entiendo que no tengo la obligación de dar mi consentimiento para el procesamiento de mi información. Sin embargo, si no doy mi consentimiento, no podré participar en el Programa, ya que el procesamiento de mi información es necesario para que el PAP de Merck facilite mi participación.

Si doy mi consentimiento, tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento llamando al 1-800-727-5400, enviando una carta por correo al Programa de Asistencia al Paciente de Merck, PO Box 1206, Wilkes Barre, PA 18703-1206, o por fax al 1-800-419-8371. Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad de Merck y las divulgaciones de privacidad aplicables a residentes de determinados estados de los EE. UU., consulte nuestro Aviso de privacidad complementario de los EE. UU. en <https://www.msprivacy.com/us/en/supp-notice/> y nuestra Política de privacidad de datos de salud del consumidor en <https://www.msprivacy.com/us/en/chd-policy/>.

MARQUE  
AQUÍ

DOY MI CONSENTIMIENTO a los términos anteriores.

NO DOY MI CONSENTIMIENTO a los términos anteriores.

## SECCIÓN 2: AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

**Autorización del Paciente para el uso y la divulgación de información médica protegida**

Al firmar a continuación, autorizo a cada uno de mis proveedores de atención médica, farmacias y planes de salud incluido Medicare, a obtener, usar y divulgar mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI), incluidos los detalles proporcionados en este formulario y otra información médica sobre mí, como mi diagnóstico, síntomas, medicamentos, e inferencias derivadas de los mismos (colectivamente, "PHI") al Programa de Asistencia al Paciente de Merck y sus empleados, filiales, representantes, agentes, contratistas, y procesadores de datos, incluidos los administradores del Programa (conjuntamente, el "PAP de Merck"), para facilitar mi participación en el Programa, lo que incluye los fines detallados a continuación. También acepto que el PAP de Merck pueda obtener, utilizar y divulgar mi PHI a mis médicos, farmacias, planes de salud, mis Representantes legales (si los hubiera) y terceros, según corresponda, para facilitar mi participación en el Programa, lo que incluye: (i) evaluar mi elegibilidad para inscribirme en el Programa; (ii) proporcionarme la asistencia del PAP de Merck; (iii) administrar el PAP de Merck; y (iv) monitorear, auditar, acceder y evaluar la implementación del PAP de Merck.

**Al firmar esta Autorización, también reconozco que entiendo que:**

- La PHI divulgada de conformidad con esta Autorización, una vez divulgada, puede dejar de regirse por ciertas leyes federales o estatales de privacidad y puede estar sujeta a una nueva divulgación. Sin embargo, también entiendo que, a menos que dé mi consentimiento por separado para los usos y divulgaciones adicionales, el PAP de Merck tiene la intención de usar y divulgar mi PHI solo para los fines descritos en esta autorización.
- No es necesario que firme esta Autorización para recibir tratamiento de atención de la salud o beneficios de seguro, pero comprendo que si no firmo la Autorización, no podré obtener asistencia del PAP de Merck.
- Puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento enviando por correo una solicitud por escrito al Programa de Asistencia al Paciente de Merck, PO Box 1206, Wilkes Barre, PA 18703-1206, o llamando al 1-800-727-5400. Comprendo que cancelar mi Autorización significará que mis médicos, farmacias y planes de salud, así como el PAP de Merck, ya no podrán basarse en esta Autorización para divulgar mi PHI. Sin embargo, cualquier uso o divulgación de dicha información que ocurra antes de que se reciba mi cancelación no se verá afectado por la misma.
- Si no cancelo esta Autorización, esta vencerá 15 meses después de la fecha de la firma (o en el período máximo permitido por la ley estatal vigente, si es menor de 15 meses). Los administradores del Programa conservarán la información que hayan recopilado sobre mí de acuerdo con la política de conservación de registros del PAP de Merck.
- He leído este documento o me lo han explicado. Comprendo que puedo solicitar una copia de esta Autorización una vez que se haya firmado.
- Entiendo que tengo derecho a una copia de mi Autorización firmada y que puedo obtener copias enviando por correo una solicitud por escrito al Programa de Asistencia al Paciente de Merck, PO Box 1206, Wilkes Barre, PA 18703-1206, o llamando al 1-800-727-5400.

FIRME  
AQUÍ

**Al firmar, certifico que he leído y acepto la anterior Autorización del Paciente para el uso y divulgación de información médica protegida.**

Firma original del Paciente

Fecha (DD/MM/AAAA)

Firma del Representante legal\*

Fecha (DD/MM/AAAA)

Si firma un Representante legal, describa su autoridad para actuar en nombre del Paciente

Nombre de la parte que firma (en letra de imprenta)

Número de teléfono del Representante legal

**DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL**

Declaro que soy el Representante legal del Paciente y que tengo la autoridad legal en virtud de la legislación estatal aplicable para vincular al Paciente mediante la firma de cada autorización o declaración en este formulario de inscripción.

\*Un Representante legal es una persona que tiene autoridad legal en virtud de la ley aplicable para comprometerlo en forma vinculante a usted (el Paciente) firmando cada Autorización o Declaración en este formulario de inscripción.

## SECCIÓN 3: VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Proporcione los ingresos brutos anuales actuales del hogar (sus ingresos antes de impuestos), incluidos los beneficios de la Seguridad Social y de pensiones:

**Ingresos brutos totales  
anuales del hogar:** \_\_\_\_\_

**Número de miembros del hogar (incluido el Paciente)  
que dependen de este ingreso:** \_\_\_\_\_

El Paciente debe autorizar al PAP de Merck a verificar sus ingresos familiares anuales brutos actuales (ingresos familiares antes de que se deduzcan los impuestos) mediante una de las siguientes opciones:

**Opción 1:** Enviar con esta postulación una **COPIA** de **UNO** de los siguientes documentos que muestre una prueba de los ingresos familiares que el Paciente proporcionó en el formulario de postulación:

- Formulario de Impuestos Federales 1040 más reciente
- Un mes de recibos de pago, antes de la fecha de postulación
- Carta de Beneficios del Seguro Social
- Declaración de Beneficios para Veteranos
- Declaración de Beneficios por Desempleo
- Declaración de Discapacidad
- Carta de Pensión
- Carta de verificación de ingresos de un empleador

**O BIEN**

**Opción 2:** Autorizar al PAP de Merck y a otras personas que participan en la administración del PAP de Merck a obtener su informe del consumidor y/u otra información relacionada con su informe de crédito para determinar la elegibilidad del Paciente a fin de participar en el Programa. Esta verificación no afectará la calificación crediticia del Paciente.

Comprendo que Merck Patient Assistance Program, Inc. (el 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 del 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  
AQUÍ**

**Los Pacientes solo deben firmar esta sección si están seleccionando la Opción 2.**

**Firma original del Paciente**

**Fecha (DD/MM/AAAA)**

**Firma del Representante legal\***

**Fecha (DD/MM/AAAA)**

**Si firma un Representante legal, describa su autoridad para actuar en nombre del Paciente**

**Declaraciones y autorización del solicitante**

Certifico que toda la información proporcionada en esta postulación, incluida la información sobre el ingreso familiar, es completa y precisa. Entiendo que la asistencia del Programa se dará por terminada si el Programa se entera de algún fraude o si ya no se me receta este medicamento. Entiendo que llenar esta postulación no garantiza que calificaré para este Programa. Certifico que no puedo pagar por 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 gubernamental. Si soy miembro de un plan Medicare Parte D, no solicitaré que este medicamento, o algún costo relacionado con él sean contabilizados como parte de mi desembolso por fármacos con receta. Entiendo que el Programa de Asistencia al Paciente de Merck (PAP de Merck) se reserva el derecho de modificar el formulario de postulación, modificar o discontinuar este Programa, o finalizar la asistencia en cualquier momento y sin aviso previo. Entiendo 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 postulación. Autorizo al PAP de Merck y a sus filiales a enviar la receta a una farmacia que dispensa medicamentos en mi nombre. El PAP de Merck no actúa como una farmacia que dispensa medicamentos. El PAP de Merck no se responsabiliza por la verificación de la información contenida en la Sección 4, lo que incluye, entre otros, alergias, afecciones médicas u otros medicamentos que yo tome. Con respecto a esta postulación, entiendo que solo la farmacia distribuidora será responsable de la información en la Sección 4 de este formulario de postulación. Comprendo que la asistencia recibida a través del PAP de Merck no es un seguro.

**FIRME  
AQUÍ**

**Firma original del Paciente**

**Fecha (DD/MM/AAAA)**

**Firma del Representante legal\***

**Fecha (DD/MM/AAAA)**

**Si firma un Representante legal, describa su autoridad para actuar en nombre del Paciente**

\*Un Representante legal es una persona que tiene autoridad legal en virtud de la ley aplicable para comprometerlo en forma vinculante a usted (el Paciente) firmando cada Autorización o Declaración en este formulario de inscripción.

## SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DE LA RECETA

Complete la receta y la información del fármaco a continuación (introduzca solo un fármaco de Merck por línea).  
Esta es la receta. No envíe una receta por separado de esta postulación.\*

Nombre del Paciente

Apellido del Paciente

Fecha de nacimiento  
(MM/DD/AAAA)

Fármaco/Concentración 1

Instrucciones de uso

Cantidad

Reposición  
(1, 2 o 3 veces)

Fármaco/Concentración 2

Instrucciones de uso

Cantidad

Reposición  
(1, 2 o 3 veces)

## ALERGIAS:

 Ninguna alergia conocida a fármacos  Aspirina  Codeína  Yodo  Penicilina  Sulfas  Otra

Otras alergias

AFECCIONES  
MÉDICAS:
 Ninguna  Asma  Diabetes  Corazón  Presión arterial alta  Colesterol alto  Otra

Otras afecciones médicas

Medicamentos actuales del Paciente, incluidos los de venta libre

FIRME  
AQUÍ

(No podemos aceptar sellos de firma).

Dispensar como  
se escribe

Firma del Profesional que emite la receta

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

## SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE EMITE LA RECETA

Nombre del Profesional que emite la receta

Inicial del  
segundo nombre

Apellido del Profesional que emite la receta

Número NPI del Profesional que  
emite la receta

Nombre del establecimiento/Centro

Línea 1 de la dirección (no se permiten casillas postales)

Línea 2 de la dirección (suite/edificio/piso)

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono del consultorio

Ext.

Fax

Nombre de contacto del consultorio

Correo electrónico

## Declaración del profesional que emite la receta:

Certifico que este medicamento de venta con receta es médicaamente apropiado para este Paciente y que supervisaré los tratamientos del Paciente. Verifico que la información provista es completa y exacta a mi leal saber y entender. Autorizo al PAP de Merck, sus compañías afiliadas o sus subcontratistas a reenviar esta receta a una farmacia que dispensa el medicamento, en mi nombre y el de mi Paciente. Entiendo que el PAP de Merck se reserva el derecho de modificar o discontinuar este Programa en este centro/clínica, o de finalizar la asistencia en cualquier momento y sin aviso previo. Certifico que no solicitaré un reembolso ni un crédito por este medicamento con 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 de los registros de todas las entidades que reciben fármacos en relación con el PAP de Merck y de solicitar la documentación para verificar la información proporcionada en esta postulación, en lo que respecta al PAP de Merck para los fines de determinar la elegibilidad del Paciente. Acepto que se dará un aviso razonable y se realizarán auditorías durante los horarios de atención comercial habituales. Comprendo que el PAP de Merck puede suspender la utilización del Programa por parte del centro para nuevos inscriptos, a discreción del PAP de Merck, sin previo aviso, si el centro no se compromete a realizar una auditoría (programación y finalización). Declaro y garantizo que este centro ha obtenido todas las autorizaciones, consentimientos y notificaciones necesarios para cumplir con las leyes y reglamentaciones federales y estatales que se relacionen de cualquier modo con la privacidad médica y/o de la salud, lo que incluye, entre otras, la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA), codificada en las partes 160 y 164 del título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR) y sus modificaciones ocasionales.

FIRME  
AQUÍ

(No podemos aceptar sellos de firma).

Firma del Profesional que emite la receta

Fecha (DD/MM/AAAA)