

# Lista de comprobación de la postulación al Programa de Asistencia al Paciente para Vacunas de Merck

MerckHelps™

## ¿Cómo podemos ayudar?

Utilice esta lista de comprobación para ayudar al Paciente y a su Profesional de atención médica a completar la postulación antes de enviarla por fax al Programa de Asistencia al Paciente para Vacunas de Merck.

**El uso de esta lista de comprobación puede ayudarlo a evitar demoras innecesarias.**

### Sección 1: Información sobre el Paciente

#### ¿Ingresó el Paciente lo siguiente?

- Su nombre, dirección, número de teléfono móvil y/o del domicilio, correo electrónico, fecha de nacimiento y sexo
- Si es residente en EE. UU. (no es necesario que sea ciudadano estadounidense)
- Su seguro u otra información de cobertura de medicamentos con receta
- Su consentimiento con los términos del Programa para procesar información personal y sensible para los fines del PAP de Merck

### Sección 2: Autorización del Paciente

#### ¿El Paciente hizo lo siguiente?

- Firmó y fechó la autorización del Paciente para el uso y la divulgación de información médica protegida

### Sección 3: Verificación de ingresos

#### ¿El Paciente hizo lo siguiente?

- Proporcionó los ingresos brutos anuales actuales del hogar (sus ingresos antes de impuestos), incluidos los beneficios de la Seguridad Social y de pensiones
- Ingresó el número de miembros del hogar (incluido el Paciente) que dependen de este ingreso
- Seleccionó la **Opción 1** o la **Opción 2** para ver cómo quieren que el PAP de Merck verifique sus ingresos brutos anuales actuales;
  - Si seleccionó la **Opción 1**, incluya una **COPIA** de **UNO** de los documentos de verificación de ingresos enumerados en el formulario
  - Si seleccionó la **Opción 2**, pida al Paciente que firme y feche el formulario en el que dice "FIRME AQUÍ"
- Firmó y fechó las declaraciones y la autorización del solicitante

### Sección 4: Información del Profesional que emite la receta con licencia

#### ¿Ingresó el Profesional que emite la receta lo siguiente?

- Su nombre y tipo de profesional que emite la receta
- Nombre del consultorio/clínica, dirección, información de contacto y horarios de servicio

### Sección 5: Información de la vacuna

#### ¿El Profesional que emite la receta hizo lo siguiente?

- Ingresó el nombre del producto de la vacuna de Merck y el número de NDC
- Firmó y fechó la solicitud
- Marcó el número de dosis (si corresponde)

#### Siguientes pasos:

El profesional que emite la receta debe enviar por fax el formulario de inscripción en el Programa de Asistencia al Paciente para Vacunas de Merck original, completado, firmado y fechado por el paciente y el profesional que emite la receta ANTES de administrar la vacuna.



**FAX**  
**1-800-528-2551**

Nuestro objetivo es procesar los formularios rápidamente, con un objetivo de menos de 10 minutos desde el momento en que recibimos su formulario completado y firmado y cualquier documento de respaldo. Notificaremos al profesional que emite la receta por teléfono para que el paciente reciba la vacuna de Merck durante esa visita. Los plazos pueden variar si el formulario de inscripción no está completo, si se requiere información adicional o si el profesional que emite la receta no tiene la vacuna en existencias.

**NOTA:** No se aceptarán copias del formulario de inscripción firmado y se devolverán, lo que provocará demoras innecesarias.

**Gracias por participar en el Programa de Asistencia al Paciente para Vacunas de Merck.**