

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: COMPLETE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE QUE SE SOLICITA A CONTINUACIÓN. ESCRIBA EN MAYÚSCULAS (UTILICE UN BOLIgrafo DE TINTA NEGRA).

Nombre del paciente											Inicial		
Apellido													
Dirección													
Nº apt.													
Estado			ZIP					Teléfono					
Fecha de nacimiento													
	M	M	D	D	A	A	A	A	Sexo:	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer		
Nº de Seguro Social									<input type="checkbox"/> No tengo un número de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Nº de personas en la familia (incluido el paciente)			

Indique a continuación los ingresos familiares anuales. Indique el origen de sus ingresos marcando todas las casillas que procedan.

Ingresos anuales totales \$,

Prestaciones del Seguro Social SS SSI SSDI

Intereses/dividendos Pension Compensación por desempleo

Indique otras fuentes _____

¿Tiene un seguro con cobertura de **medicamentos**? Sí No
En caso afirmativo, marque todas las casillas que correspondan.

Medicare Medicaid Farmacia del estado

Otras (póliza privada o Suplemento de Medicare)

Si dispone de otras, indique. _____

Asegurador _____

Nº de póliza _____ Nº de grupo _____

Declaración del solicitante

Confirmando que la información aportada en esta solicitud es completa y exacta. Comprendo asimismo que el Programa de Asistencia a Pacientes de Merck podrá solicitar documentación para verificar la información económica o de seguros si lo considera necesario. Comprendo que la asistencia del programa cesará si no coopero con los intentos de verificar la información que figura en esta solicitud, si no llevo adelante las actividades necesarias para identificar o verificar las fuentes potenciales de cobertura alternativa, si el programa descubre cualquier caso documentado de fraude o si este medicamento ya no se me prescribe. Comprendo que Merck & Co., Inc., se reserva el derecho de modificar el formulario de solicitud en cualquier momento y sin previo aviso, cambiar o interrumpir cualquiera o todos los programas, o dar fin a la asistencia. Comprendo que completar este formulario de solicitud no garantiza que reúna las condiciones para ser beneficiario del programa.

Firma original del paciente _____ Fecha

Autorización

Autorizo al programa a obtener información consultando a mi médico prescriptor o a la compañía de seguros, y a revelarla, así como cualquier otra información, según se necesite para completar el proceso de solicitud o verificar la exactitud de la información aportada en este formulario, y con objeto de proporcionar los servicios a través del programa. Comprendo que mi nombre, dirección y cualquier otra información personal que me identifique aportada en este formulario quedará a disposición de Merck y de sus filiales y subcontratados, y que esta información no se revelará a nadie más, salvo por imposición legal. El papel de Merck y de sus filiales y subcontratados se limitará a funciones administrativas, 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. Autorizo a Merck y a sus filiales y subcontratados a enviar en mi nombre esta receta a una farmacia dispensadora. Merck no actúa como farmacia dispensadora. Merck no es responsable de comprobar o verificar la información contenida en la sección 2, incluidos, entre otros no mencionados, las alergias, los problemas médicos y 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 puede que reciba una copia de esta autorización y que, a menos que cambie mi selección antes, mi autorización vencerá a los 15 meses de la fecha firmada abajo.

Firma original del paciente _____ Fecha

El médico debe completar las secciones 2 y 3 al reverso de este formulario.

Por favor, complete toda la información (ambos lados). Los formularios incompletos serán devueltos.



NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES



POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

MERCK PATIENT ASSISTANCE PROGRAM
P O BOX 690
HORSHAM PA 19044-9979



- Importante:**
- 1. Complete TODA la información de este formulario de solicitud con un bolígrafo de tinta negra.
 - 2. ES INDISPENSABLE que figuren las firmas del médico/prescriptor y el paciente.
 - 3. Cada receta no superará el suministro para 90 días de tratamiento (con un máximo de 3 repeticiones).
 - 4. DEBE ENVIARSE un formulario de solicitud de incorporación al Programa de Asistencia a Pacientes de Merck para cada paciente.
 - 5. Guarde el formulario completado en el sobre que lleva la dirección preimpresa, cierre el sobre y envíelo por correo al Programa de Asistencia a Pacientes de Merck.
- Las solicitudes incompletas o completadas incorrectamente se devolverán al médico/prescriptor. El número de Seguro Social debe ser el del paciente, no el del cónyuge.
- La sección 2 es su receta. No deberá escribir otra en un formulario aparte. No envíe otros documentos adjuntos.**
- La receta del paciente se enviará a domicilio de este salvo que el médico/prescriptor indique otra cosa en la sección 3 del formulario de solicitud.
 - Para obtener más formularios o asistencia, llame al 1-800-727-5400.

Pasos importantes para el médico/prescriptor y el paciente

