

PROGRAMA DE DESCUENTOS PARA RECETAS DE MERCK

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL PACIENTE



Merck & Co., Inc. y su contratista (Administrador) que administra el Programa de Descuentos para Recetas de Merck (el Programa) mantendrán su nombre e información personal en estricta reserva y los usarán sólo para procesar su descuento y administrar este programa de descuentos.

COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE. ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA (USAR BOLÍGRAFO NEGRO o AZUL).

Nombre _____ Inicial ____ Apellido _____

Dirección 1 _____

Dirección 2 _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de día _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Sexo Masculino Femenino ¿Es residente de EE.UU.? Sí No

Núm. de seguro social _____

Se le asignará un identificador personal exclusivo para este programa. Si no proporciona toda la información solicitada en este formulario, no podremos procesar su solicitud y le enviaremos una carta en la que le pediremos que llame al 1-800-50-MERCK (1-800-506-3725) para entregar la información que falta. Si es un residente de California, no puede inscribirse por teléfono, sino que debe inscribirse por correo o a través del sitio web www.merckuninsured.com.

¿Tiene algún tipo de cobertura para medicamentos bajo receta? Sí No

(Por ejemplo, Medicaid, cobertura de recetas bajo Medicare, compañía de seguro, organización de mantenimiento de la salud [HMO], organización de proveedores preferentes [PPO], administrador de beneficios farmacéuticos [PBM] o programas de asistencia médica o seguros federales o estatales de EE.UU.)

DEPENDIENTES

Puede inscribir a sus hijos u otros familiares dependientes menores de 18 años en el Programa si son residentes de EE.UU. y no tienen ningún tipo de cobertura para medicamentos bajo receta (como se menciona más arriba). Si tiene un hijo u otro dependiente que satisface estas condiciones, escriba la información necesaria a continuación. (Si su cónyuge desea participar también en el Programa de Descuentos para Recetas de Merck, deberá enviar una solicitud por separado.)

¿Cuántos dependientes desea agregar? _____

Dependiente 1: Nombre _____ Inicial ____ Apellido _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Sexo Masculino Femenino

No. de seguro social _____

Dependiente 2: Nombre _____ Inicial ____ Apellido _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Sexo Masculino Femenino

No. de seguro social _____

Dependiente 3: Nombre _____ Inicial ____ Apellido _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Sexo Masculino Femenino

No. de seguro social _____

Marque la siguiente casilla si va a enviar información para dependientes adicionales. Por favor, escriba el nombre, inicial, apellido, fecha de nacimiento, sexo y número del seguro social para cada dependiente adicional en una hoja de papel aparte, y adjúntela a este formulario de solicitud. Escriba el nombre completo de usted en cada hoja de papel adicional.

Estoy incluyendo información sobre dependientes adicionales en una hoja de papel aparte y la adjuntaré a este formulario de solicitud.

INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA:

INSCRIPCIÓN:

El Administrador del Programa revisará su formulario de inscripción, determinará si cumple los requisitos y le enviará una notificación de acuerdo a la información que usted entregue. El Administrador podrá, en cualquier momento, solicitar información adicional para determinar o confirmar que cumple los requisitos. Si los cumple, recibirá un paquete de Bienvenida y una tarjeta de membresía por correo en aproximadamente dos semanas después de que se reciba su solicitud.

BENEFICIOS:

Al inscribirse en el Programa de Descuentos para Recetas de Merck, usted disfrutará de:

- Descuentos del 15% al 20% en muchos de los medicamentos de Merck más utilizados
- Ninguna restricción de edad o ingresos
- Inscripción gratis
- Ausencia de cuotas de membresía anuales por la duración del programa
- Descuentos disponibles en la mayoría de las farmacias de EE.UU.

LIMITACIONES:

Los ahorros obtenidos bajo el Programa de Descuentos para Recetas de Merck no se aplican a recetas reembolsadas o cubiertas por un programa federal o estatal, incluidos la cobertura de recetas de Medicare, los programas estatales y de Medicaid de ayuda farmacéutica o bajo un seguro privado, HMO, Medigap, cobertura del empleador, PBM u otro acuerdo con terceros. Al firmar la solicitud de inscripción, usted certifica que no tiene cobertura para medicamentos bajo receta a través de ninguno de los programas gubernamentales o seguro privado mencionados.

La Tarjeta del Programa de Descuentos para Recetas de Merck puede usarse solamente para las recetas emitidas en forma ambulatoria de medicamentos incluidos en el Programa. Los ahorros y descuentos reales podrán variar de farmacia a farmacia dependiendo del precio de venta del producto en cada una. Los productos elegibles y los descuentos disponibles están sujetos a cambio en cualquier momento sin previo aviso.

La Tarjeta del Programa de Descuentos para Recetas de Merck no podrá usarse en combinación con un Certificado de Ahorro Instantáneo ni cualquier otro cupón o descuento. El Certificado de Ahorro Instantáneo está disponible sólo para pacientes que no se han inscrito en el Programa de Descuentos para Recetas de Merck.

La Tarjeta del Programa de Descuentos para Recetas de Merck es válida solamente para residentes de los Estados Unidos que obtengan medicamentos bajo receta en farmacias ubicadas en los Estados Unidos. Los fármacos deberán provenir de los Estados Unidos. Merck & Co., Inc. se reserva el derecho de cancelar o modificar el Programa de Descuentos para Recetas de Merck en cualquier momento sin previo aviso. Nulo donde esté prohibido. El Programa de Descuentos para Recetas de Merck no es un seguro.

NOTA: LOS DESCUENTOS OFRECIDOS A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE DESCUENTOS PARA RECETAS DE MERCK NO SON UN SEGURO NI PRETENDEN SUSTITUIR AL SEGURO.

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE:

Una vez que haya ingresado toda la información requerida en este formulario de solicitud y haya firmado en los 2 lugares indicados, le rogamos enviar este formulario a: Merck Prescription Discount Program, PO Box 369, Horsham, PA 19044-9945.

SOLICITUD Y ACUERDO DEL PACIENTE PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA:

He leído y entiendo la Información sobre el Programa que aparece en este formulario en relación con el Programa de Descuentos para Recetas de Merck (el Programa). Certifico que la información entregada en esta solicitud es completa y exacta. Certifico que no tengo cobertura para recetas emitidas en forma ambulatoria a través de ningún seguro, empleador, HMO, PBM o programa gubernamental.

Entiendo y estoy de acuerdo en que mi nombre y otra información personal (incluida la información personal de salud sobre mis recetas y las de mis dependientes) será usada por el Administrador sólo para fines de procesamiento de los descuentos y de administración del Programa (lo que incluye comunicarse conmigo sobre el Programa), a menos que yo haya autorizado específicamente que dicha información se use para otros fines.

Estoy de acuerdo con que el Administrador se comunique conmigo en el futuro para verificar o complementar cualquier información que yo haya proporcionado. Entiendo que se cancelará mi participación en el Programa si no coopero con los esfuerzos para verificar o complementar la información que he entregado en esta solicitud. Entiendo que la información que entregue es necesaria para que el Administrador procese los datos, envíos por correo y comunicaciones de seguimiento relacionadas con el Programa. Entiendo que Merck & Co., Inc. se reserva el derecho de, en cualquier momento y sin previo aviso, modificar el formulario de solicitud, modificar o suspender el Programa y cancelar todos los descuentos y otras ayudas. Entiendo que completar esta solicitud no asegura que cumpliré los requisitos para el Programa.

Con mi firma a continuación, acepto los términos y condiciones del Programa tal y como se describen más arriba.

Por favor, firme y ponga la fecha.

Firma del paciente _____ Fecha ____/____/____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USAR Y REVELAR INFORMACIÓN PARA FINES DE ENTREGA DE DESCUENTOS BAJO EL PROGRAMA:

Con mi firma más abajo:

- Autorizo que la farmacia que procese mi receta use mi información de salud para administrar el Programa de Descuentos para Recetas de Merck (el Programa). También autorizo que la farmacia le revele mi información protegida de salud al Administrador para los fines que se indican a continuación.
- Reconozco y estoy de acuerdo con que, para recibir el pago bajo el Programa, la farmacia que procese mi receta deba revelar al Administrador mi información protegida de salud (incluido nombre, número de identificación, número de receta y los medicamentos bajo receta que obtenga bajo el Programa).
- Entiendo que la capacidad de la farmacia de revelar mi información protegida de salud se describe con más detalle en el Aviso de Prácticas de Privacidad de la farmacia, que se me entregó cuando me convertí en cliente de la farmacia.
- Autorizo al Administrador a usar mi información protegida de salud sólo para fines de procesamiento de descuentos y comunicaciones conmigo sobre el Programa, y para todos los otros usos necesarios para la administración del Programa.
- Reconozco y estoy de acuerdo con que mi participación en el Programa queda condicionada a que yo firme este Consentimiento y que no podré participar en el Programa si no lo firmo.
- Entiendo que puedo revocar este Consentimiento en cualquier momento escribiendo al Programa a la dirección que aparece en www.merckuninsured.com. Entiendo que revocar este Consentimiento hará que finalice mi participación en el Programa.
- Entiendo que una vez que mi información protegida sobre salud haya sido revelada por la farmacia a cualquier otra entidad, la información podrá no estar ya protegida por los reglamentos federales de privacidad (aunque podrá seguir estando protegida por las leyes estatales).
- Entiendo que puedo solicitar una copia de este Consentimiento en cualquier momento.
- Entiendo que este Consentimiento vencerá un (1) año después de la fecha en la que lo firme, a menos que yo lo revoque antes o que venza por fuerza de las leyes aplicables.

Por favor, firme y ponga la fecha. (El paciente deberá firmar aquí para participar en el Programa.)

Firma del paciente _____ Fecha ____/____/____

o Firma del representante personal _____ Fecha ____/____/____

Descripción de la autoridad del representante personal _____

(Por ejemplo, cónyuge, padre, hijo adulto, poder notarial [entregar copia del documento legal])