

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE MERCK

Envíe los formularios completados y FIRMADOS a: Programa de asistencia al paciente de Merck, PO Box 690, Horsham, PA 19044-9979

Para consultas, llame al 800-727-5400

EL PACIENTE DEBE COMPLETAR ESTE LADO DEL FORMULARIO Y FIRMAR EN AMBOS LUGARES DONDE HAY UN  SECCIÓN 1: COMPLETE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE A CONTINUACIÓN. ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE.

Use un bolígrafo azul o negro

Nombre del paciente Residente de los EE. UU.* Sí No *No es necesario ser ciudadano estadounidense.

Apellido

Dirección

Ciudad Estado

Teléfono Fecha de nacimiento

N.º de apartamento

Código postal

Proporcione una dirección de correo electrónico si desea recibir un acuse de recibo del formulario de inscripción

Escriba el ingreso anual bruto actual del hogar a continuación. (Antes de los impuestos)

Ingreso anual total \$

Número de integrantes del grupo familiar (incluido el paciente)

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


Medicare Medicaid Medicare Parte D Otro

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

Otra dirección:


Declaraciones y autorización del solicitante

Certifico que toda la información proporcionada en esta aplicación, 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 aplicación 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) se reserva el derecho de modificar el formulario de solicitud, modificar o discontinuar este Programa, o 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 aplicación. Autorizo al PAP de Merck y a sus filiales a enviar la receta a una farmacia distribuidora de medicamentos en mi nombre. El PAP de Merck no actúa como una farmacia distribuidora 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 distribuidora será responsable de la información en la Sección 2 de este formulario de inscripción. Comprendo que la asistencia recibida a través del PAP de Merck no constituye un seguro.

 **Firma original del paciente** _____ **Fecha**

Autorización del solicitante para el uso y la divulgación de información médica personal

Al firmar a continuación, autorizo que mi proveedor de atención médica y a mi(s) plan(es) de salud, incluido Medicare, a divulgar al Programa de Asistencia al Paciente de Merck y otras personas involucradas en la administración del Programa de Asistencia al Paciente de Merck (en forma colectiva, el "PAP") mi información médica personal, incluida la información proporcionada por mi proveedor de atención médica en el formulario de inscripción de PAP y demás información relacionada con mi participación en el PAP (colectivamente, "mi información") de modo tal que el PAP pueda usar la información para (i) evaluar mi elegibilidad para el PAP, (ii) proporcionarme asistencia del PAP, (iii) administrar el PAP, (iv) monitorear y auditar la implementación y efectividad del PAP, acceder a este y evaluarlo; y (v) comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico, teléfono o fax para fines relacionados con el PAP, incluso como parte de las auditorías del PAP y para solicitar información adicional de mí. Autorizo al PAP a usar mi información para los fines mencionados anteriormente, así como a divulgar mi información a los auditores del PAP y a mi(s) plan(es) de salud, incluido Medicare, de modo que pueda recibir asistencia de PAP si soy elegible. Comprendo que mi información, una vez divulgada en virtud de esta autorización, puede no estar ya 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 estoy obligado a firmar esta Autorización con el fin de recibir atención médica o beneficios de seguro, pero que si no firmo la Autorización, no podré obtener la asistencia del PAP. Además, entiendo que puedo cancelar la autorización en cualquier momento enviando un aviso de cancelación por escrito y por correo postal a: Programa de Asistencia al Paciente de Merck, PO Box 690, Horsham, PA 19044. Comprendo que, si decido cancelar la autorización, esto no invalidará los usos y las divulgaciones de mi información realizadas en función de la autorización antes de que el PAP recibiera mi aviso de 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 por menos de 15 meses). He leído este documento o me lo han explicado. Comprendo que puedo solicitar una copia de esta autorización una vez que se haya firmado.

 **Firma original del paciente** _____ **Fecha**

EL MÉDICO/PROFESIONAL QUE RECETA EL FÁRMACO DEBE COMPLETAR ESTE LADO DEL FORMULARIO Y FIRMAR AMBOS LUGARES CON UN SECCIÓN 2: COMPLETE LA RECETA Y LA INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO A CONTINUACIÓN. ESCRIBA EN LETRA LEGIBLE EN MAYÚSCULAS (ingresar solo 1 medicamento de Merck por línea).

FIRMAR

Use un bolígrafo azul o negro

ESTE ES EL MEDICAMENTO DE VENTA CON RECETA. NO ENVÍE UNA RECETA POR SEPARADO DE ESTA SOLICITUD.*

Nombre del paciente

Apellido

Fecha de nacimiento

Medicamento 1 Isentress Concentración 400 MG Cantidad 60 Instrucciones Toma Una tableta dos día Reposición 0 (1, 2, o 3) veces

Medicamento 2 _____ Concentración _____ Cantidad _____ Instrucciones _____ Reposición _____ (1, 2, o 3) veces

Medicamento 3 _____ Concentración _____ Cantidad _____ Instrucciones _____ Reposición _____ (1, 2, o 3) veces

Medicamento 4 _____ Concentración _____ Cantidad _____ Instrucciones _____ Reposición _____ (1, 2, o 3) veces

Medicamento 5 _____ Concentración _____ Cantidad _____ Instrucciones _____ Reposición _____ (1, 2, o 3) veces

N.º de licencia de estado del médico/profesional que receta el fármaco _____ Fecha de vencimiento de la licencia: _____

FIRMAR Entregar como se escribe: **Firma del médico/profesional que receta el fármaco** _____ (No podemos aceptar sellos para firmas)

ALERGIAS: Ninguna Aspirina Codeína Iodina Penicilina Sulfa Otra _____

AFECCIONES MÉDICAS: Ninguna Asma Glaucoma Cardíaca Presión arterial alta Úlcera Otra _____

MEDICAMENTOS QUE EL PACIENTE TOMA ACTUALMENTE _____

***NOTA: TODAS LAS RECETAS DE SUSTANCIAS CONTROLADAS SE DEBEN REALIZAR POR SEPARADO Y NO EN EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN.**

SECCIÓN 3: EL MÉDICO/PROFESIONAL QUE RECETA EL FÁRMACO DEBE COMPLETAR, FIRMAR Y COLOCAR LA FECHA.

Nombre del médico Iniciales del segundo nombre

Apellido del médico

Denominación profesional

Nombre del establecimiento/Centro

Dirección postal (no se permiten casillas postales) _____

Dirección

Suite/Edificio/Piso

Ciudad Estado Código postal

Teléfono de la oficina Ext.

Fax seguro

Nombre de contacto del consultorio _____ Dirección de correo electrónico _____

Declaración del médico/profesional que receta el fármaco

Certifico que este medicamento de venta con receta es médicamente 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 de distribución, 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 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 aplicación, en lo que respecta a Merck PAP para los fines de determinar la elegibilidad del paciente.

FIRMAR Firma original del médico/profesional que receta el fármaco _____ Fecha