

Lista de comprobación del formulario de inscripción al Programa de Asistencia al Paciente de Merck

MerckHelps™

¿Cómo podemos ayudar?

Utilice esta lista de comprobación como ayuda para que usted y su Profesional de atención médica puedan completar su formulario de inscripción antes de enviarlo por fax o correo al Programa de Asistencia al Paciente (PAP) de Merck. También puede completar y enviar su solicitud en línea en MerckHelps.com.

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 y fecha de nacimiento
- ☐ Si reside en EE. UU. (no es necesario que sea ciudadano estadounidense)
- ☐ Si se inscribe por primera vez en el PAP de Merck o si se está volviendo a inscribir
- ☐ A dónde le gustaría que le enviaran el medicamento
- ☐ 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?

- ☐ Firmar y fechar la Autorización del Paciente para el uso y la divulgación de información médica protegida

Sección 3: Verificación de ingresos

¿El Paciente hizo lo siguiente?

- ☐ Ingresar sus ingresos anuales brutos del hogar (su ingreso antes de impuestos), incluido el beneficio del Seguro Social y de pensión
- ☐ Ingresar el número de miembros del hogar (incluido el Paciente) que dependen de este ingreso
- ☐ Seleccione la **Opción 1** o la **Opción 2** según cómo desee que el PAP de Merck verifique sus ingresos anuales brutos actuales:
 - ☐ si selecciona la **Opción 1**, incluya una **COPIA** de **UNO** de los documentos de verificación de ingresos enumerados en el formulario
 - ☐ haga que el Paciente firme y feche el formulario donde dice "FIRME AQUÍ"
- ☐ Firme y feche la autorización y las declaraciones del solicitante

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

Sección 4: Información de la receta

¿El Profesional que emite la receta hizo lo siguiente?

- ☐ Ingresar el nombre del Paciente, la fecha de nacimiento y la información de la receta de hasta dos medicamentos del PAP de Merck
- ☐ Ingresar las alergias, las afecciones médicas y los medicamentos actuales, incluidos los medicamentos de venta libre del Paciente
- ☐ Firmar la sección Dispensar tal y como está escrito

Sección 5: Información del Profesional que emite la receta

¿El Profesional que emite la receta hizo lo siguiente?

- ☐ Ingresar el nombre, el número identificador nacional de proveedor (NPI, National Provider Identifier), el establecimiento/centro, la dirección del establecimiento/centro, y la información de contacto del establecimiento/centro
- ☐ Firmar y fechar la certificación del Profesional que emite la receta

Siguientes pasos:

Envíe por fax o por correo el formulario de inscripción del Programa de Asistencia al Paciente de Merck original, completo, firmado y fechado por el Paciente y el Profesional que emite la receta:



FAX

Januvia y Janumet: 1-800-419-8371

Todos los demás medicamentos: 1-915-921-853



CORREO

Merck Patient Assistance Program

PO Box 1206, Wilkes Barre, PA 18703-1206

Si se ingresa el correo electrónico del Paciente en la solicitud, recibirá un correo electrónico notificándole que el Programa de Asistencia al Paciente de Merck ha recibido su formulario de inscripción.

Si el formulario de inscripción está completo en su totalidad y firmado, y el Paciente es elegible, el Programa de Asistencia al Paciente de Merck suele procesarlo en menos de 7 días hábiles. Los plazos pueden variar si su formulario de inscripción no está completo o si se requiere información adicional.

Otras formas de enviar su solicitud:



EN LÍNEA

Puede postularse en línea en MerckHelps.com.