

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE PARA LAS VACUNAS DE MERCK

IMPORTANTE: Una dosis de la vacuna de Merck **no se debe administrar hasta después de que el Programa de asistencia al paciente para las vacunas de Merck proporcione un número de confirmación.** Esto incluye las dosis posteriores en una serie de varias dosis debido a que se requiere una nueva solicitud para cada dosis. No se reemplazarán las dosis de la vacuna administrada antes de la presentación de la solicitud o antes de la recepción de un número de confirmación.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE *(El paciente debe completar toda la información en la Sección 1.)*

Nombre del paciente	<input type="text"/>	Residente de los EE. UU.*	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No							
Apellido	<input type="text"/>	*No es necesario ser ciudadano estadounidense.									
Dirección	<input type="text"/>	N.º de departamento	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Ciudad	<input type="text"/>	Estado	<input type="text"/>	Código postal	<input type="text"/>						
Teléfono	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Género	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Otros identidades de género
			M	M	D	D	A	A	A	A	

¿Tiene seguro de Medicare? Sí No

Solo para los beneficiarios de Medicare: ¿Tiene la Parte D (cobertura de medicamentos) de Medicare? Sí No

¿Tiene alguna otra cobertura de seguro de salud de cualquier tipo (*pública o privada*)? Sí No

Por ejemplo: Medicaid, beneficios para veteranos, organización de mantenimiento de la salud (Heath Maintenance Organization, HMO), organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), plan de salud universitario, seguro federal o estatal o programa de asistencia de salud

¿Está cubierto por el plan de seguro de salud de otra persona? Sí No

¿Figura como dependiente la declaración fiscal de otra persona? Sí No

Ingreso anual bruto familiar en la actualidad (antes de impuestos): _____ USD

Cantidad de dependientes de los ingresos familiares en el hogar (incluido el solicitante): _____

Lea las *Declaraciones del solicitante* y firme la sección en señal de aceptación.

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud, incluida la información sobre el ingreso familiar, es completa y precisa. Comprendo que Merck no es responsable de controlar o verificar la información contenida en la Sección 2 de esta solicitud y que solo el profesional autorizado que receta medicamentos será responsable de la exactitud de la información contenida en la Sección 2. Comprendo que la asistencia del Programa de asistencia al paciente para las vacunas de Merck (PAP) finalizará si el PAP toma conocimiento de cualquier fraude o si la vacuna cubierta por el PAP ya no está indicada para mí. Entiendo que llenar esta solicitud no garantiza que calificaré para el PAP. Certifico que no puedo pagar esta vacuna por mis propios medios. Certifico que no solicitaré un reembolso ni un crédito por esta vacuna a una aseguradora, a un plan de salud o a un programa gubernamental. Si soy miembro de un plan de Parte D de Medicare, no solicitaré que esta vacuna o algún costo relacionado con esta sean contabilizados como parte de mi desembolso por fármacos con receta. Entiendo que el 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 se reserva el derecho de realizar auditorías periódicas y que necesita que le dé documentación adicional a fin de verificar la información proporcionada en esta solicitud. Comprendo que la ayuda recibida a través del PAP no es un seguro.

FIRMAR Firma original del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente (nombre, apellido) _____

Lea la Autorización del solicitante y firme la sección en señal de aceptación.

AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE

Al firmar a continuación, autorizo a mis proveedores de atención médica y los planes de salud, incluido Medicare, a divulgar al Programa de asistencia al paciente para las vacunas de Merck y las demás personas que participan en la administración de la vacuna del Programa de asistencia al paciente para las vacunas de Merck (en conjunto, el "PAP") mi información médica personal, incluida la información proporcionada por mi proveedor de atención médica sobre el formulario de solicitud del PAP y demás información relacionada con mi participación en el PAP (en conjunto, "mi información") de modo tal que el PAP pueda usar la información para (i) evaluar mi idoneidad para el PAP, (ii) proporcionarme asistencia del PAP, (iii) administrar el PAP y (iv) monitorear y evaluar la implementación y efectividad del PAP y realizar auditorías de este o acceder a este. Autorizo al PAP a usar y divulgar mi información para los fines mencionados anteriormente, lo que incluye realizar divulgaciones a afiliados y contratistas del PAP y a mis planes de salud, incluido Medicare, y para comunicarse conmigo como parte de las auditorías del PAP y para solicitar información adicional de mí. Comprendo que mi información, una vez divulgada en virtud de esta autorización, puede ya no estar protegida por las leyes federales y podría ser divulgada nuevamente a otras personas, pero también comprendo que el PAP tiene previsto proteger mi información y usarla y divulgarla solamente para los fines del presente documento. Comprendo que no debo firmar esta Autorización para recibir tratamientos de atención médica o beneficios de seguro, pero comprendo que si no firmo la Autorización, no podré obtener 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: Merck Vaccine Patient Assistance Program, PO Box 690 Horsham, PA 19044-9979. Comprendo que, si decido cancelar la Autorización, eso no invalidará los usos y las divulgaciones de mi información realizados antes de que el PAP recibiera mi aviso de cancelación. Si no la cancelo, la Autorización permanecerá vigente durante 15 meses desde la fecha en la que firmara abajo (o durante el período máximo permitido por las leyes estatales aplicables si es menos de 15 meses). He leído este documento o me lo han explicado. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización una vez que se haya firmado.

Firma del paciente



Nombre del paciente	Firma	Fecha
---------------------	-------	-------

Nombre del representante legal	Firma	Fecha
--------------------------------	-------	-------

Si el documento es firmado por el representante legal, describa la naturaleza de la relación con el paciente:

NOTA al proveedor de atención médica: El paciente y el proveedor de atención médica deben completar todas las secciones antes de presentar (o enviar por fax) el documento para revisión de la elegibilidad.

Nombre del paciente (nombre, apellido) _____

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL AUTORIZADO QUE RECETA MEDICAMENTOS

(El proveedor de atención médica debe completar las Secciones 2 y 3.)

Nombre, Apellido	[Grid]																							
Práctica/Nombre de la clínica	[Grid]																							
Dirección	[Grid]																		Estado/Flr	[Grid]				
Ciudad	[Grid]												Estado	[Grid]		Código postal	[Grid]							

Nota: La dirección que usted proporcionó anteriormente será a la que Merck enviará las dosis de reemplazo.

Tipo de profesional autorizado que receta medicamentos: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera practicante <input type="checkbox"/> Asociado médico <input type="checkbox"/> Personal de enfermería obstétrica titulado	
Número de licencia del estado: # _____ (debe estar activo y ser válido)	
Fecha de vencimiento: _____	

Persona de contacto del consultorio: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Horario de administración de la instalación (día/horarios): _____

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DE LA VACUNA

Nombre del fármaco de la vacuna de Merck: _____ Número del código nacional del medicamento (National Drug Code, NDC): _____

Indique el número de dosis del paciente inscrito para esta vacuna de Merck: N.º de dosis 1 N.º de dosis 2 N.º de dosis 3

¿Ya administró esta dosis? Sí No

Merck reemplazará las dosis de las vacunas administradas a los pacientes aprobados a través de envíos mensuales al profesional autorizado que receta medicamentos. [Notas: Merck se reserva el derecho de seleccionar jeringas precargadas o viales para las dosis de reemplazo, que pueden o no ser las mismas que se administraron a los pacientes aprobados.]

<p>Para completar después de que la aplicación sea aprobada por un representante del Programa de asistencia al paciente para las vacunas de Merck</p> <p>Número de confirmación: n.º _____</p> <p>Fecha de administración: ____/____/____ N.º de lote de vacuna de Merck: n.º _____</p> <p>IMPORTANTE: El número de confirmación es válido por 30 días. Si la dosis de la vacuna no se administra al paciente elegible dentro de los 30 días siguientes al momento en que se otorgó, el paciente debe presentar una nueva solicitud. El consultorio debe proporcionar la fecha de administración y número de lote al Programa de asistencia al paciente para las vacunas de Merck para todas las dosis aprobadas de la vacuna con el fin de proporcionar el producto de reemplazo.</p>
--

DECLARACIONES DEL PROFESIONAL AUTORIZADO QUE RECETA MEDICAMENTOS

Verifico que la información proporcionada en esta solicitud está completa y es exacta. Comprendo que el paciente debe ser parte de la población para la cual la administración de la vacuna está indicada y certifico que el paciente tiene indicación médica para esta vacuna. Comprendo que el paciente debe reunir los requisitos financieros y cumplir con los criterios del programa para ser apto para recibir asistencia. Se considera que el producto administrado al paciente mencionado anteriormente en las fechas que se indicaron antes es una donación para el paciente del Programa de asistencia al paciente para las vacunas de Merck. También entiendo que el producto que recibo no es una muestra, sino un reemplazo del producto que compré previamente. También comprendo que no recibiré reembolso alguno por parte de Merck & Co., Inc., ya sea por las cuotas de administración u otras. No buscaré reembolso por la administración de la vacuna de ninguna aseguradora pública. Además, ninguna fuente ha buscado ni buscará el reembolso del costo del producto administrado al paciente mencionado anteriormente en las fechas que se indicaron antes.

Comprendo que Merck & Co., Inc., se reserva el derecho de realizar auditorías periódicas de los registros de todas las entidades que reciben los reemplazos de inventario en relación con el Programa de asistencia al paciente para las vacunas de Merck. Acepto que se dará un aviso razonable y se realizarán auditorías durante los horarios habituales. Declaro y garantizo que este centro ha obtenido todas las autorizaciones, consentimientos y notificaciones necesarias para cumplir con las leyes y reglamentaciones federales y estatales que se relacionen de cualquier modo con la privacidad médica o de la salud, incluyendo aunque no limitándose a la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA), codificada en las partes 160 y 164 del título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR) y sus modificaciones futuras.

Mi firma a continuación confirma que el producto de la vacuna se le proporcionará sin cargo a esta persona. Verifico que la información provista en esta aplicación es completa y exacta a mi leal saber y entender. Acepto que se conserve una copia de este formulario en los registros del centro y que se ponga a disposición del Servicio de Impuestos Internos a solicitud.

FIRMAR  Firma original del profesional autorizado que receta medicamentos: _____ Fecha: _____
(No se aceptan sellos)