

MerckHelps™

El Programa de Asistencia al Paciente para Vacunas de Merck

Teléfono: 1-800-293-3881 | Fax: 1-800-528-2551

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

Como parte de su compromiso con los pacientes y proveedores, el Programa de Asistencia al Paciente para Vacunas de Merck, el Merck Vaccine Patient Assistance Program, Inc. (PAP) pone ciertas vacunas para adultos de Merck a disposición de pacientes elegibles que carecen de cobertura de terceros y no pueden pagar sus vacunas.

Para ser elegible para el PAP, tanto el profesional de atención médica que emite la receta COMO el paciente deben completar y firmar este formulario de solicitud del programa y certificar que:

1. Un profesional de atención médica determinó que el paciente debe vacunarse con una vacuna de Merck disponible a través de este programa.
 2. El paciente actualmente vive en los Estados Unidos y tiene 19 años o más (no es necesario que sea ciudadano estadounidense).
 3. El paciente no tiene seguro de salud ni otra cobertura para vacunas. Algunos ejemplos de seguro de salud incluyen:
 - a. Seguro privado
 - b. Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO)
 - c. Medicaid o Parte D de Medicare
 - d. Asistencia para veteranos, o cualquier otro apoyo de una agencia de servicios sociales
- Y**
4. El paciente no puede pagar la vacunación y el PAP puede verificar que el paciente cumpla con los criterios de elegibilidad financieros del programa. Para obtener información sobre los niveles específicos de criterios financieros, llame al 1-800-293-3881.
 5. Para conocer la lista más actualizada de las vacunas de Merck disponibles a través de este programa, visite merckhelps.com o llame al Programa de Asistencia al Paciente para Vacunas de Merck al 1-800-293-3881. Se dispone de especialistas para brindarle asistencia de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

INSTRUCCIONES DEL PROGRAMA

1. Tanto el paciente como un profesional de atención médica autorizado deben completar y firmar el formulario de inscripción adjunto.
2. Para cumplir los requisitos, el formulario de inscripción adjunto debe estar completo, y se debe enviar y aprobar **ANTES** de la administración de la vacuna de Merck.
 - a. Algunas vacunas requieren más de una dosis. Se debe completar, enviar y aprobar un nuevo formulario de inscripción antes de que un paciente pueda recibir cada dosis en el régimen.
3. El paciente debe autorizar al PAP a verificar sus ingresos familiares anuales brutos actuales (ingresos familiares antes de que se retiren los impuestos) al:
 - a. Autorizar al PAP y a otras personas que participan en la administración del PAP a obtener su informe de consumidor y/u otra información relacionada con su informe de crédito para determinar la elegibilidad del paciente a fin de participar en el programa. Esta verificación no afectará la calificación crediticia del paciente.

O

- b. Al enviar por fax el formulario de solicitud completo con UNO de los siguientes documentos que muestre una prueba de los ingresos familiares que el paciente proporcionó en el formulario de solicitud:

- | | | |
|---|--|-------------------------------|
| - Formulario de Impuestos Federales 1040 más reciente | - Carta de Beneficios del Seguro Social | Desempleo |
| - Un mes de talones de pago, antes de la fecha de solicitud | - Declaración de Beneficios para Veteranos | - Declaración de Discapacidad |
| | - Declaración de Beneficios por | - Carta de Pensión |
| | | - Carta de un empleador |

El paciente debe incluir una copia de uno de estos documentos con su formulario de inscripción completo, firmado y enviado por fax.

NOTA: El PAP tiene la intención de procesar los formularios de inscripción en 10 minutos o menos, después de recibir un formulario de inscripción completo. Un formulario completo debe tener todos los campos completos, todos los campos de firma completos y la autorización de ingresos del paciente o la documentación de ingresos de respaldo. Se notificará a los profesionales de atención médica por teléfono si se determina que el paciente es elegible para recibir la vacuna de Merck para el reemplazo en el centro. Comprendemos que los pacientes que verifican la elegibilidad de ingresos utilizando uno de los documentos mencionados anteriormente pueden tener que regresar al centro de atención médica con documentación para completar y enviar por fax su solicitud y los documentos de ingresos de respaldo.

Los pacientes que no cumplan con la elegibilidad de ingresos en función de su informe del consumidor pueden volver a presentar su solicitud utilizando cualquiera de los documentos enumerados anteriormente.



Escanee para obtener más información sobre los Programas de Asistencia al Paciente de Merck en MerckHelps.

NO INCLUYA ESTA PORTADA CUANDO ENVÍE POR FAX EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN COMPLETO Y FIRMADO.

Nombre del paciente (nombre, apellido) _____

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Comprendo que el Programa de Asistencia al Paciente para Vacunas de Merck, Merck Vaccine Patient Assistance Program, Inc. (PAP), verificará la información sobre mis ingresos familiares anuales brutos actuales a fin de garantizar que reúno los requisitos para este programa.

Al firmar a continuación, otorgo autorización por escrito al PAP y a otras personas que participan en la administración del PAP a obtener mi informe del consumidor y/u otra información relacionada con mi informe de crédito a fin de determinar mi elegibilidad para participar en el programa. Comprendo que esta verificación no afectará mi calificación crediticia.

Firme aquí: _____ Fecha: _____

 **NOTA:** Como alternativa a la autorización anterior, puede enviar UNO de los documentos enumerados en la portada de este formulario de solicitud para verificar los ingresos familiares que proporcionó en este formulario.

Debe incluir una copia de este documento con su formulario de solicitud completo y firmado. Envíe por fax la solicitud completa y firmada con cualquiera de los documentos de respaldo enumerados en la portada al: 1-800-528-2551.

Marque aquí si envía un documento por fax para verificar sus ingresos familiares anuales brutos actuales

Lea la *Autorización del Solicitante* y firmar 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 PAP y a otras personas que participan en la administración del 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 si cumpla los requisitos 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 fax a: 1-800-528-2551. 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

 **FIRME**

_____ Nombre del Paciente	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre del Representante Legal	_____ Firma	_____ Fecha

Si lo firma el Representante Legal, describa la naturaleza de la relación con el paciente (p. ej., si esta persona tiene un Poder Notarial, actúa como apoderado de atención médica o tiene autoridad legal reconocida para tomar decisiones de salud en nombre del paciente):

NOTA al Proveedor de Atención Médica: Usted y su paciente deben completar y firmar todas las secciones de esta solicitud antes de enviarla por fax para la revisión de elegibilidad.

Nombre del paciente (nombre, apellido) _____

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL AUTORIZADO QUE RECETA MEDICAMENTOS

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

Nombre, Apellido																								
Práctica/Nombre de la clínica																								
Dirección																			Suite/Piso					
Ciudad													Estado			Código postal								

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

Tipo de Profesional Autorizado que Receta Medicamentos: Médico Enfermera Practicante Asociado Médico
 Personal de Enfermería Obstétrica Titulado

Número de Licencia del Estado: # _____ (debe estar activo y ser válido) Fecha de Expiración: _____

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 a la dirección que proporcionó anteriormente. [Notas: PAP 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].

Para completar después de que la solicitud sea aprobada por un Representante del Programa de Asistencia al Paciente para Vacunas de Merck

Número de Confirmación: n.º _____

Fecha de Administración: ____/____/____ Número de Lote de Vacuna de Merck: n.º _____

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 Vacunas de Merck para todas las dosis aprobadas de la vacuna con el fin de proporcionar el producto de reemplazo.

DECLARACIONES DEL PROFESIONAL AUTORIZADO QUE RECETA MEDICAMENTOS

Verifico que la información proporcionada en esta solicitud es completa y precisa. 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 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 del PAP o 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 el PAP 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 PAP. Acepto que se dará un aviso razonable y se realizarán auditorías durante los horarios habituales. Comprendo que el PAP puede suspender la utilización del Programa por parte del centro a los nuevos afiliados, a discreción del PAP, sin previo aviso, si el centro no se compromete a realizar una auditoría (programación y finalización). 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 solicitud es completa y precisa 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.

FIRME Firma Original del Profesional Autorizado que Receta Medicamentos: _____ Fecha: _____
(No se aceptan sellos)