

Pasos importantes para el médico/prescriptor y el paciente

1. Complete TODA la información de este formulario de solicitud. Puede rellenar los campos en línea, imprimir el formulario, firmarlo y llevárselo a su médico para completarlo.
O BIEN
Puede imprimir el formulario y rellenarlo a mano con un bolígrafo de tinta negra.
2. ES INDISPENSABLE que figuren las firmas del médico/prescriptor y el paciente.
3. Cada receta será como máximo de un Tripack de EMEND (con un máximo de 12 meses de renovaciones).
4. Para cada paciente ES INDISPENSABLE un formulario aparte de solicitud de incorporación al Programa ACT para EMEND.
5. Envíe por correo los formularios **completados** a: ACT Program for EMEND, PO Box 18979, Louisville, KY 40261-0979.

Importante:

- Las solicitudes incompletas o completadas incorrectamente retrasarán el procesamiento de la solicitud.
- **La sección 3 es su receta. No deberá escribir otra en un formulario aparte.**
- La receta del paciente se enviará al domicilio de éste salvo que el médico/prescriptor indique otra cosa en la sección 3 del formulario de solicitud.
- Para obtener más formularios o asistencia, llame al 1-866-EMEND-Rx (1-866-363-6379).

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE – SECCIÓN 1, PÁGINA 1

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (DOB): _____

Dirección: _____ Hombre Mujer

Ciudad/Estado/Cód. postal: _____ N° de seguro social: _____

Teléfono (Casa): _____ (Trabajo): _____ (Otro): _____

Ingresos netos anuales actuales del hogar (ingresos después de impuestos): \$ _____

Gastos médicos anuales del presupuesto familiar: \$ _____

Número de personas en el hogar que dependen de ese ingreso (incluido el solicitante): _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS – SECCIÓN 2

Nombre del seguro primario: _____ Nombre del seguro secundario: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Subscriber: _____ DOB: _____ Subscriber: _____ DOB: _____

N° de ID del subscriber: _____ N° de ID del subscriber: _____

N° de póliza/grupo: _____ N° de póliza/grupo: _____

Declaración del solicitante

Verifico que la información proporcionada en esta solicitud es completa y exacta. También entiendo que el Programa **ACT** de Merck puede pedir documentación para verificar la información financiera o de seguro, según se considere necesario. Entiendo que la asistencia del programa será terminada si no coopero con los esfuerzos para verificar la información de esta solicitud, o si no cumpla con las actividades necesarias para identificar/verificar las fuentes potenciales de otras coberturas, o si el programa se entera de cualquier caso documentado de fraude, o si este medicamento ya no se me prescribe. Entiendo que Merck & Co., Inc. se reserva el derecho, en cualquier momento y sin previo aviso, de modificar el formulario de solicitud, modificar o suspender cualquiera o todos los programas, terminar la asistencia. Entiendo que el hecho de completar esta solicitud no asegura que yo reúna las calificaciones para recibir la **asistencia al paciente para el producto**.

Firma original del paciente _____ Fecha ____/____/____

Autorización del solicitante

Autorizo al programa para que obtenga y divulgue información de mi médico, compañía de seguros y otra información que sea necesaria para completar el proceso de solicitud o para verificar la exactitud de cualquier información proporcionada en esta solicitud y con el fin de proporcionar servicios a través de este programa. Entiendo que mi nombre, dirección y cualquier otra información personal que me identifique, proporcionada en esta solicitud estará disponible únicamente para RxCrossroads, el administrador de este programa, y que dicha información no será divulgada a nadie más, excepto cuando lo exija la ley. Merck no actúa como farmacia dispensante. Merck no es responsable de examinar ni verificar información alguna contenida en la Sección 3, con inclusión, entre otras, de alergias, afecciones médicas u otros medicamentos que el paciente esté tomando. Con respecto a esta solicitud, entiendo que solamente la farmacia RxCrossroads será responsable de la información contenida en la Sección 3 de este formulario de solicitud. También entiendo que, a menos que cambie mi selección antes, mi permiso vencerá 15 meses después de la fecha escrita a continuación.

Firma original del paciente _____ Fecha ____/____/____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE, PÁGINA 2

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (DOB): _____

INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN – SECCIÓN 3

Ésta es la prescripción. El médico debe completar la prescripción y la información sobre el producto. Use letra de imprenta. (Por favor, no presente una prescripción separada de esta solicitud.)

EMEND® (aprepitant) tri-pack (contiene 3 tabletas [una de 125 mg y dos de 80 mg])

Instrucciones: _____

Cantidad: 1 tri-pack Ciclos de quimioterapia planeados para los próximos 12 meses: _____ = (número de repeticiones) Fecha de inicio de la quimioterapia: _____

DIAGNÓSTICO (Primera razón para usar EMEND)

- 787.01 Náuseas con vómitos
 787.03 Vómitos
 Otra (especificar por código ICD-9) _____

DIAGNÓSTICO (Segunda razón para usar EMEND)

- V58.1 Quimioterapia
 Otra (especificar por código ICD-9) _____

Régimen de quimioterapia: _____

Régimen antiemético (especificar si IV u oral): _____

Otros medicamentos: _____

Alergias: Ninguna conocida PCN Sulfamidas Codeína Otra

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO

(Debe contener la firma original del facultativo; no se aceptan sellos)

Certifico que esta prescripción está médicamente indicada para el paciente identificado en la Sección 1 más arriba y que yo supervisaré los tratamientos del paciente. Verifico que la información proporcionada es completa y exacta a mi mejor saber y entender.

A mi mejor saber y entender, este paciente carece de seguro médico (con inclusión de Medicaid u otros programas públicos) para EMEND® (aprepitant). **SÍ** **NO**

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Nombre del médico, en letra de imprenta: _____ ID tributaria: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Cód. postal: _____ Teléfono: _____

Nº de licencia: _____ UPIN: _____ Fax: _____

Contacto en el consultorio: _____

