

Pasos importantes para el paciente y el médico/prescriptor:

1. Ingrese TODA la información en el formulario de solicitud.
Si prefiere, puede llenar el formulario en línea y después imprimirlo,
O BIEN
Puede imprimir el formulario y llenarlo a mano con un bolígrafo de tinta negra.
2. Lleve la solicitud llenada a su médico/prescriptor. **Tanto el médico/prescriptor como el paciente DEBEN firmar la solicitud.**
3. Pídale a su médico/prescriptor que escriba la(s) receta(s) en la sección 2 de la solicitud.
 - En un solo formulario de solicitud se pueden incluir hasta **tres** recetas para medicamentos de Merck.
 - No se podrá recetar una cantidad superior a 90 días de tratamiento en cada receta (con un máximo de **3 repeticiones**).
 - Cada solicitud es válida por un tiempo máximo de 12 meses; después de transcurridos **12 meses**, se requerirá una nueva solicitud.
 - DEBE ENVIARSE un formulario de solicitud de incorporación al Programa de Asistencia a Pacientes de Merck por **cada** paciente.
4. Envíe por correo las solicitudes **llenadas** a la siguiente dirección:

**Merck Patient Assistance Program
PO Box 690
Horsham, PA 19044-9979**

Sírvase notar lo siguiente:

- Las solicitudes que estén incompletas o con información incorrecta serán devueltas al médico/prescriptor.
- **La sección 2 es su receta. No se requiere que la escriba en un formulario de receta aparte.**
- La receta del paciente se enviará al domicilio de éste salvo que el médico/prescriptor indique lo contrario en la sección 3 de la solicitud.
- Si necesita ayuda o requiere más formularios, llame al 1-800-727-5400.

