

Programa de Acceso de Merck FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2023

KEYTRUDA®
(pembrolizumab) Injection 100 mg

Teléfono: 855-257-3932, Fax: 855-755-0518 o 480-663-4059 • The Merck Access Program, PO Box 29067, Phoenix, AZ 85038

PARA COMENZAR, COMPLETE EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y PRÉSENTELO EN LÍNEA O IMPRIMA Y ENVÍE POR FAX EL FORMULARIO DESCARGABLE COMPLETADO AL 855-755-0518. SI SOLICITA UN REFERIDO AL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE MERCK, INCLUYA UNA RECETA MÉDICA PARA KEYTRUDA.

MARQUE TODAS LAS CASILLAS APLICABLES Y COMPLETE LAS SECCIONES APLICABLES DEL FORMULARIO.

- ☐ Investigación de Beneficios para el Paciente o Información sobre la Autorización Previa (PA) o el Proceso de Apelación
- ☐ Programa de Asistencia para Copagos de Merck
- ☐ Referido al Programa de Asistencia al Paciente de Merck para determinar elegibilidad (proporcionado a través de Merck Patient Assistance Program, Inc.)

Tenga en cuenta que: Tras la recepción de este Formulario de Inscripción, puede enviarse una hoja de trabajo adicional al proveedor de atención médica de contacto que figura en la página 6 para que este la complete.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

El paciente es residente de los EE. UU. Sí ☐ No ☐

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal: _____
(Dirección solamente, no apartados postales)

Teléfono (hogar): _____ (trabajo): _____ (otro): _____

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

COMPLETE TODO LO APLICABLE E INCLUYA UNA COPIA DEL FRENTY DEL REVERSO DE LA TARJETA DEL SEGURO PARA CADA TIPO DE SEGURO

¿Hay una PA registrada con el pagador? Sí ☐ No ☐

☐ El paciente no tiene seguro

N.º DE AUTORIZACIÓN: _____

El paciente tiene seguro a través de Medicare:

Sí ☐ No ☐

(En caso afirmativo) ☐ Parte A ☐ Parte B ☐ Parte D ☐ Medicare Advantage

	SEGURO PRIMARIO	SEGURO SECUNDARIO	SEGURO DE RECETA
NOMBRE DEL PLAN Y ESTADO			
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA			
FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA			
RELACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA CON EL PACIENTE			
NÚMERO DE TELÉFONO PARA SERVICIO AL CLIENTE			
GRUPO N.º			
N.º DE ID DE LA PÓLIZA			

OBLIGATORIO PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE MERCK

Ingreso familiar bruto anual actual* (padre/madre/tutor si el paciente es menor de 18 años): \$ _____

Número de integrantes del grupo familiar (incluido el paciente): _____

*Ingreso bruto total antes de impuestos, recibido dentro de un período de 12 meses por todos los miembros de un hogar de 15 años o más. (Incluya: salarios antes de impuestos, pensión, intereses/dividendos, beneficios del Seguro Social y toda otra fuente de ingreso.)

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Comprendo que, antes de poder comunicarme con el Programa de Acceso de Merck, patrocinado por Merck Sharp & Dohme LLC ("Merck"), una subsidiaria de Merck & Co. Inc., o de recibir asistencia del Programa de Asistencia al Paciente de Merck ("Merck PAP"), patrocinado por Merck Patient Assistance Program, Inc. (de manera individual, "un Programa"; de manera conjunta, "los Programas"), los administradores de los Programas, incluidos sus contratistas u otros representantes, deberán obtener, revisar, utilizar y divulgar mi información médica personal ("PHI"), incluida la información relacionada con mi afección médica y los medicamentos con receta, y la información divulgada en este formulario de inscripción del paciente.

Por lo tanto, autorizo a cada uno de mis médicos, farmacias y planes de salud a divulgar mi PHI, según sea necesario, a (i) los administradores de los Programas y sus contratistas o representantes, con el fin de verificar mi elegibilidad para la inscripción en los Programas y para inscribirme en los Programas para los cuales soy elegible; y (ii) Covance Market Access ("Covance") y sus administradores, contratistas, representantes o socios terceros prestadores de servicios con el fin de proporcionar apoyo de reembolso e investigar la cobertura de seguro en relación con el Programa de Acceso de Merck.

De la misma manera, autorizo a los administradores de los Programas y Covance, y sus respectivos contratistas o representantes para (i) usar mi PHI con el fin de prestar los servicios descritos en este formulario de inscripción, inclusive para comunicarse conmigo por el servicio postal de los EE. UU., teléfono, mensaje de texto o correo electrónico y para preparar resúmenes que no incluyan mi PHI con fines estadísticos; y (ii) para divulgar mi PHI entre sí, a mis médicos y farmacéuticos así como a Medicare, mis planes de salud y sus administradores, contratistas o representantes, con el fin de coordinar mis beneficios, proporcionar apoyo de reembolso, si corresponde, e investigar mi cobertura de seguro.

Además, autorizo a los administradores de los Programas y Covance, y sus contratistas, representantes y socios terceros prestadores de servicios a divulgar mi PHI a los representantes autorizados de Merck, según sea necesario, para asegurar el cumplimiento de la normativa de los Programas. Asimismo, doy permiso a los representantes autorizados de Merck para usar mi PHI con el fin de comunicarse con los administradores de los Programas, Covance, sus contratistas, representantes y socios terceros prestadores de servicios, mis médicos, farmacias y conmigo para fines de cumplimiento.

En caso de haber designado a un Representante Personal, autorizo a los Programas, sus administradores y socios terceros prestadores de servicios a utilizar mi PHI para contactar a la persona que he designado como mi Representante Personal a fines de verificar la información proporcionada en el presente o coordinar la disposición de beneficios que pueden estar disponibles para mí en virtud de los Programas y para divulgar mi PHI, incluida la información proporcionada en este formulario de inscripción, a mi Representante Personal para los fines descritos en este párrafo.

Comprendo que la PHI divulgada en virtud de esta autorización, una vez divulgada, puede no estar protegida por la ley federal de privacidad y puede estar sujeta a una divulgación posterior, pero también comprendo que los administradores de los Programas y sus contratistas y otros representantes tienen la intención de usar y divulgar mi PHI únicamente para los fines descritos en esta autorización. Además, comprendo que si elijo no proporcionar esta autorización, no afectará mi elegibilidad para, ni la recepción de, un tratamiento, incluidos los productos de Merck o beneficios de seguro médico, pero no podré recibir asistencia alguna de los Programas para los cuales puedo ser elegible.

Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento llamando al Programa de acceso de Merck al (855) 257-3932 o enviando por correo una solicitud de cancelación por escrito a The Merck Access Program, PO Box 29067, Phoenix, AZ 85038. Comprendo que cancelar mi autorización significará que mis médicos, farmacias y planes de salud, así como también Covance y los Programas, sus respectivos administradores y sus contratistas y representantes, ya no podrán basarse en la autorización para usar o divulgar mi PHI, pero que todo uso o divulgación de dicha información que ocurra antes de haber recibido mi cancelación no se verá afectada por mi cancelación.

Nombre del paciente: _____

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE (continuación)

Comprendo que, si no cancelo esta autorización, esta expirará 15 meses después de la fecha de la firma (o en el período máximo permitido por la ley estatal vigente, si es menor a 15 meses). Los administradores de los Programas retendrán la información que he presentado de conformidad con la política de retención de registros de Merck.

Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización una vez que se haya firmado.

Al firmar, certifico que he leído y acepto la Autorización del Paciente, según el apoyo que he solicitado.

FIRMA DEL
PACIENTE

Firma del paciente, padre/madre,
tutor legal o representante legal: _____

Fecha: _____

Nombre de quien firma (en letra de imprenta): _____

Relación con el paciente (si firma otra persona que no sea el paciente): _____

TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA COPAGOS DE MERCK**Programa de Asistencia para Copagos de Merck para KEYTRUDA® (pembrolizumab) Injection (100 mg) ("Producto del Programa")**

Para recibir beneficios en virtud del Programa de Asistencia para Copagos, el paciente debe inscribirse en el Programa de Asistencia para Copagos y ser aceptado como elegible. El paciente puede contactarse con el Programa de Acceso de Merck para obtener información sobre el(los) Producto(s) del Programa sujeto(s) a estos Términos y Condiciones.

- Al paciente se le debe haber recetado el Producto del Programa para una indicación autorizada por la FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos).
- El paciente debe tener un seguro de salud privado que cubra el costo del Producto del Programa bajo un plan de beneficios médicos o un plan de beneficios de farmacia.
- El Programa de Asistencia para Copagos no es válido para pacientes cubiertos por Medicaid (incluidos los pacientes de Medicaid inscritos en un plan de salud calificado adquirido a través de un intercambio [mercado] de seguros médicos establecido por un gobierno estatal o el gobierno federal), Medicare, un plan Medicare Parte D o Medicare Advantage (independientemente de si una receta específica se encuentra cubierta), TRICARE, CHAMPUS, el Plan de Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico ("Reforma de Salud") o cualquier otro programa estatal o federal de beneficios médicos o farmacéuticos o programa de ayuda farmacéutica (en conjunto, "Programas Gubernamentales"). El Programa de Asistencia para Copagos no es válido para pacientes no asegurados.**
- El paciente debe ser residente de los Estados Unidos o del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. El producto debe provenir de y ser administrado al paciente en los Estados Unidos o el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- Sujeto a cambios en la ley estatal, el Programa de Asistencia para Copagos puede dejar de ser válido para los residentes de Massachusetts antes de su fecha de vencimiento.**
- Se debe brindar toda la información pertinente al Programa de Asistencia para Copagos que se solicite en el Formulario de Inscripción en el Programa de Asistencia para Copagos, y todas las certificaciones deben estar firmadas. Los formularios modificados o que no contengan toda la información necesaria no serán elegibles para beneficios en virtud del Programa de Asistencia para Copagos.
- El paciente debe pagar los primeros 25 USD de copago por la administración del Producto del Programa.** El beneficio disponible en virtud del Programa de Asistencia para Copagos está limitado al monto indicado en la documentación que la compañía aseguradora médica privada del paciente indique, que puede incluir, sin limitación, una Explicación de Beneficios (EOB) o un Aviso de Pago (RA), que el paciente está obligado a pagar por el Producto del Programa, menos \$25, hasta el máximo anual. El beneficio máximo del Programa de Asistencia para Copagos por paciente por año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre) es de \$25,000.
- El paciente debe tener gastos de bolsillo relacionados con el Producto del Programa, y recibirlo antes de la fecha de vencimiento del Programa de Asistencia para Copagos. El beneficio disponible en virtud del Programa de Asistencia para Copagos es válido únicamente para los gastos de bolsillo del paciente para el Producto del Programa. No es válido para otros gastos de bolsillo (por ejemplo, cargos por visitas al consultorio o cargos por administración de medicamentos) aunque dichos gastos estén relacionados con la administración del Producto del Programa. El proveedor de atención médica o la farmacia del paciente (ambos denominados el "Proveedor") deben presentar la reclamación por el Producto del Programa al seguro médico privado del paciente por separado de otros servicios y productos.
- Para recibir el beneficio disponible en virtud del Programa de Asistencia para Copagos, el paciente o el Proveedor deben presentar documentación proporcionada por la compañía de seguro médico privada del paciente que contenga la siguiente información: nombre de la compañía de seguro médico privada del paciente, detalles del plan de seguro del paciente (identificación del paciente, póliza/grupo/ identificación del pagador, y, solo para reclamaciones de beneficios de farmacia, BIN y PCN), información demográfica del paciente (nombre completo, fecha de nacimiento, y dirección), el costo de bolsillo del paciente para el Producto del Programa, confirmación de que el Producto del Programa se administró al paciente y la presentación de la reclamación por parte del Proveedor por el costo del Producto del Programa. La documentación también debe mostrar que el Producto del Programa se pagó por separado de otros servicios y productos.
- La documentación proporcionada por la compañía de seguro médico privada del paciente, que puede incluir, sin limitación, una Evidencia de Cobertura (EOB) o un Aviso de Pago (RA), debe enviarse al Programa de Asistencia para Copagos de Merck dentro de los **180 días** de la fecha en que se procesó la reclamación para que el paciente reciba el beneficio de asistencia para copagos, siempre y cuando, no obstante, no se presenten reclamaciones más de **180 días** después de la fecha de vencimiento del Programa de Asistencia para Copagos.
- El Programa de Asistencia para Copagos puede aplicarse a los gastos de bolsillo del paciente incurridos para el Producto del Programa **dentro de los 90 días** anteriores a la fecha de inscripción del paciente en el Programa de Asistencia para Copagos, sujetos al máximo anual del Programa de Asistencia para Copagos y a los Términos y Condiciones que correspondan basados en la fecha de administración del Producto del Programa. Para mayor claridad, los costos de bolsillo asociados con un Producto del Programa que se administró en el año calendario anterior NO son elegibles para el beneficio en virtud del Programa de Asistencia para Copagos para el año calendario actual. El paciente o el proveedor pueden contactar el Programa de Acceso de Merck para más obtener información.
- El paciente y el proveedor aceptan no solicitar un reembolso total ni parcial del beneficio que el paciente recibe a través del Programa de Asistencia para Copagos. El paciente y el proveedor son responsables de informar la recepción de los beneficios del Programa de Asistencia para Copagos a todo asegurador, plan de salud u otro tercero que pague o reembolse cualquier parte del costo del medicamento pagado por el Programa de Asistencia para Copagos, según se requiera.
- No se requiere ninguna otra compra.
- El Programa de Asistencia para Copagos no es un seguro.**
- El formulario del Programa de Asistencia para Copagos no puede ser vendido, comprado, canjeado o falsificado. No tiene validez si se reproduce.
- El Programa de Asistencia para Copagos es nulo en aquellos casos en que lo prohíbe la ley, así como en los que es gravado o restringido. El Programa de Asistencia para Copagos no es transferible. No se permiten sustituciones.
- El beneficio del Programa de Asistencia para Copagos no se puede combinar con ningún otro Programa de Asistencia para Copagos, prueba gratuita, descuento, tarjeta de ahorro en medicamentos con receta u otra oferta.
- Si se obtiene el Producto del Programa en una Farmacia Especializada (que luego se administrará en un consultorio médico o una institución para pacientes ambulatorios), puede requerirse documentación adicional.
- Merck se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar el Programa de asistencia para copagos en cualquier momento, sin previo aviso.
- Los datos relacionados con la recepción de los beneficios del Programa de Asistencia para Copagos del paciente se pueden recopilar, analizar y compartir con Merck, para fines de investigación de mercado y otros fines relacionados con la evaluación de los Programas de Asistencia para Copagos. Los datos compartidos con Merck se combinarán y se evitará su identificación, lo que significa que se combinarán con los datos relacionados con otros canjes del Programa de Asistencia para Copagos y no será posible identificar al paciente.
- Estos Términos y Condiciones son válidos para el Producto del Programa administrado entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.
- Fecha de vencimiento: 12/31/2023.**

Nombre del paciente: _____

CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE: PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA COPAGOS DE MERCK

Certifico que he leído y comprendo los Términos y Condiciones del Programa de Asistencia para Copagos. Certifico que cumplo con los requisitos de elegibilidad detallados en los Términos y Condiciones y que la información que proporciono en el Formulario de Inscripción al Programa de Asistencia para Copagos es verdadera y correcta.

Certifico que cuento con un seguro privado y que ninguna parte del costo asociado con el Producto del Programa para el cual busco el beneficio en virtud del Programa de Asistencia para Copagos ha estado o estará cubierto o será reembolsado por un Programa Gubernamental, según se define en los Términos y Condiciones del Programa de Asistencia para Copagos.

Comprendo que si comienzo a tener cobertura en virtud de cualquier Programa Gubernamental o si, en cualquier momento, mi estado prohíbe el canje de Asistencia para Copagos del fabricante (cupones), ya no seré elegible para recibir los beneficios del Programa de Asistencia para Copagos. En caso de estar inscrito en un plan de salud calificado (QHP) adquirido a través de un intercambio de seguros médicos establecido por un gobierno estatal o por el gobierno federal, comprendo que si el gobierno federal o mi gobierno estatal prohíbe el canje de Asistencia para Copagos del fabricante (cupones) para aquellos inscritos en los QHP en cualquier momento, ya no seré elegible para recibir los beneficios del Programa de Asistencia para Copagos.

Certifico que mi compañía aseguradora no ha prohibido el canje de Asistencia para Copagos del fabricante (cupones) para el Producto del Programa y comprendo que si en cualquier momento mi compañía aseguradora prohíbe el canje de Asistencia para Copagos del fabricante (cupones) para el Producto del Programa, ya no seré elegible para recibir los beneficios del Programa de Asistencia para Copagos.

Comprendo que soy responsable de informar la recepción de los beneficios del Programa de Asistencia para Copagos a toda aseguradora, plan de salud u otro tercero que pague o reembolse cualquier parte del costo del medicamento pagado por el Programa de Asistencia para Copagos, según se requiera.

Acepto no solicitar el reembolso del total ni de cualquier parte del beneficio que reciba a través del Programa de Asistencia para Copagos. Comprendo que mi proveedor de atención médica o farmacia (ambos denominados el "Proveedor") presentarán una reclamación a mi compañía aseguradora privada por el Producto del Programa administrado. Autorizo a mi Proveedor a presentar cualquier documentación necesaria proporcionada por mi compañía de seguro médico privada, que puede incluir, entre otros, una Explicación de Beneficios (EOB) o un Aviso de Pago (RA), al Programa de Asistencia para Copagos y a recibir, en mi nombre, si corresponde, cualquier beneficio para el cual soy elegible en

virtud del Programa de Asistencia para Copagos. Comprendo que mi Proveedor aplicará todo monto recibido del Programa de Asistencia para Copagos para cubrir mi obligación de pago del costo del Producto del Programa únicamente. Comprendo que es mi responsabilidad pagar a mi Proveedor el monto que adeudo por administración del Producto del Programa de acuerdo con los Términos y Condiciones del Programa de Asistencia para Copagos y cualquier saldo adeudado a mi Proveedor que no sea cubierto por el Programa de Asistencia para Copagos. Comprendo que la asistencia para copagos por cualquier Producto del Programa que me hayan administrado entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022 está sujeta a los Términos y Condiciones del Programa de Asistencia para Copagos de 2022.

Comprendo que todo beneficio para el cual soy elegible en virtud del Programa de Asistencia para Copagos será pagado directamente a mi Proveedor, en mi nombre, si corresponde, o directamente a mí. En caso de haber pagado a mi Proveedor por mi parte del costo del Producto del Programa para el cual posteriormente reciba un beneficio a través del Programa de Asistencia para Copagos, solicitaré a mi Proveedor la devolución del monto, menos el monto que yo adeudo por administración, si corresponde de conformidad con los Términos y Condiciones del Programa de Asistencia para Copagos.

Si se obtiene el Producto del Programa en una Farmacia Especializada (que luego se administrará en un consultorio médico o una institución para pacientes ambulatorios), comprendo que puede requerirse documentación adicional.

Comprendo que tengo la libertad de cambiar de Proveedor en cualquier momento sin que esto afecte mi elegibilidad para recibir beneficios en virtud del Programa de Asistencia para Copagos, considerando, sin embargo, que mi nuevo Proveedor debe completar la información requerida en el formulario, incluidas las Certificaciones del Proveedor de Atención Médica o del Farmacéutico Especializado (según corresponda), antes de que se le pueda pagar, si es aplicable, a dicho Proveedor, en mi nombre, cualquier beneficio para el cual soy elegible en virtud del Programa de Asistencia para Copagos.

Comprendo que la asistencia para copagos por cualquier Producto del Programa que me hayan administrado entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023 está sujeta a los Términos y Condiciones del Programa de Asistencia para Copagos de 2023.

Informaré al Programa de Asistencia para Copagos de manera inmediata en caso de que ya no sea elegible para recibir beneficios en virtud de los Términos y Condiciones del Programa de Asistencia para Copagos o si mi seguro cambia.

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE MERCK (proporcionado a través de Merck Patient Assistance Program, Inc.)

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud, incluida la información sobre el ingreso familiar, es completa y precisa.

Comprendo que la asistencia proporcionada por Merck PAP se dará por terminada si el Merck PAP se entera de algún fraude o si ya no se me receta este medicamento. Comprendo que llenar esta solicitud no garantiza que calificaré para recibir asistencia al paciente. Certifico que no solicitaré un reembolso ni un crédito por este medicamento con receta a una aseguradora, a un plan de salud ni a un programa gubernamental. Si soy miembro de un plan Medicare Parte D, no solicitaré que el medicamento, o algún costo relacionado con él sean contabilizados como parte de mi desembolso por fármacos con receta.

Comprendo que Merck 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. Autorizo a Merck PAP y a sus filiales a enviar la receta a una farmacia distribuidora de medicamentos en mi nombre. Merck PAP no actúa como una farmacia distribuidora de medicamentos. Merck PAP no se responsabiliza por la verificación de la información contenida en la receta médica enviada como parte del proceso de inscripción, lo que incluye, entre otros, alergias, afecciones médicas u otros medicamentos que yo tome.

Comprendo que notificaré de manera inmediata a Merck PAP en caso de cualquier cambio en mi receta médica, ingreso o cobertura de seguro.

Comprendo que Merck PAP se reserva el derecho de solicitar documentación para verificar la información proporcionada en esta solicitud con el fin de determinar mi elegibilidad para recibir asistencia y para llevar a cabo auditorías periódicas de mi inscripción, incluido el médico que supervisará mi tratamiento, para verificar la información proporcionada en la presente.

Comprendo que la asistencia recibida a través del Programa de Asistencia al Paciente de Merck no es un seguro.

RECONOCIMIENTO Y FIRMA DEL PACIENTE

Si otra persona firma legalmente en nombre del paciente o si el paciente desea designar a una persona para que actúe en su representación para verificar información y coordinar las disposiciones de los programas descritos en este formulario de inscripción, INCLUYA UN FORMULARIO DE REPRESENTANTE COMPLETADO CON ESTE FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN.

Al firmar, certifico que he leído y acepto la Certificación del Paciente y los Términos y Condiciones del Programa de Asistencia para Copagos de Merck y del Programa de Asistencia al Paciente de Merck que se mencionan anteriormente, según corresponda, según el apoyo que he solicitado. Al firmar, también certifico que toda la información que he proporcionado en esta solicitud es completa y precisa.

FIRMA DEL PACIENTE

Firma del paciente, padre/madre, tutor legal o representante legal: _____

Fecha: _____

Nombre de quien firma (en letra de imprenta): _____

Relación con el paciente (si firma otra persona que no sea el paciente): _____

☐ **Si Me gustaría recibir información adicional sobre "KEY+YOU", el Programa de Apoyo al Paciente gratuito para quienes reciben KEYTRUDA. Si soy elegible y decido inscribirme, puedo recibir información y recursos para apoyarme en lo relacionado con mi tratamiento con KEYTRUDA.**

Comprendo que mi información personal es necesaria para la derivación a este programa. Acepto permitir que mi información recopilada como parte del Programa de Acceso de Merck sea compartida con los agentes del Programa de Apoyo al Paciente KEY+YOU y permitir a dichos agentes ponerse en contacto conmigo, dejarme un mensaje de voz o un mensaje con alguien más que conteste el teléfono, con el fin de analizar el Programa KEY+YOU y su apoyo. Comprendo que el uso y la divulgación de mi información personal en relación con mi derivación al Programa KEY+YOU estará limitada al Programa KEY+YOU y sus agentes. También comprendo que mi solicitud de derivación al Programa KEY+YOU no afecta de manera alguna mi inscripción al Programa de Acceso de Merck y no me obliga a participar en el Programa KEY+YOU.

Nombre del paciente: _____

MERCK PAP: DECLARACIÓN DE DIFICULTAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Merck PAP está diseñado principalmente para individuos que no cuentan con cobertura de medicamentos con receta ni seguro médico; sin embargo, los individuos con cobertura de seguro pueden solicitar la asistencia si están pasando por un momento de dificultad financiera (es decir, el individuo no puede pagar el deducible, copago, coseguro u otro requisito de costo compartido de su plan de seguro). Si desea ser considerado para una excepción al criterio de seguro de Merck PAP, revise cuidadosamente la declaración a continuación y firme y feche esta sección.

1. Certifico que la información proporcionada en este formulario de inscripción es completa y correcta. En caso de que mi Investigación de Beneficios determine que mi seguro no cubre por completo el costo de mi medicamento con receta, me gustaría que se me considerara para una excepción de dificultad financiera a los criterios de seguro de Merck PAP. Comprendo que la determinación de si se aprueba o no la excepción de dificultad financiera reside exclusivamente en Merck PAP.
2. Comprendo que si cuento con cobertura de Medicare, mi elegibilidad vencerá automáticamente el 31 de diciembre del año calendario en curso y será necesario que presente una solicitud nueva antes del 31 de diciembre para la determinación de elegibilidad para el programa del siguiente año. En caso de no reinscribirme antes del 31 de diciembre, comprendo que ya no recibiré mi medicamento por parte del Programa de Asistencia al Paciente de Merck.

Cuento con cobertura de Medicare Parte B (marque la casilla aplicable)

Sí ☐ No ☐

3. Comprendo que, si cuento con cobertura privada para medicamentos con receta, mi elegibilidad vencerá automáticamente 1 año a partir de la fecha de inscripción y debo volver a inscribirme para la determinación de elegibilidad para el programa del siguiente año.
4. Certifico que le notificaré de manera inmediata al Programa de Asistencia al Paciente de Merck en caso de cualquier cambio a mi receta médica o cobertura de seguro.
5. Comprendo que el Programa de Asistencia al Paciente de Merck se reserva el derecho de realizar auditorías periódicas y de solicitar que proporcione documentación adicional para respaldar mi solicitud de excepción sobre la base de una dificultad financiera, incluidos, por ejemplo, documentos relacionados con mi ingreso.

Comprendo que es mi responsabilidad informar oportunamente al Programa de todo cambio en la información que se presenta en este formulario.

FIRMA DEL
PACIENTE

Firma del paciente, padre/madre, tutor legal o representante legal: _____ Fecha: _____

Nombre de quien firma (en letra de imprenta): _____

Relación con el paciente (si firma otra persona que no sea el paciente): _____

Nombre del paciente: _____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (debe ser completada por el proveedor de atención médica)

Nombre del proveedor de atención médica: _____

N.º de id. fiscal del proveedor de atención médica: _____

N.º de NPI del proveedor de atención médica: _____

N.º de licencia estatal del proveedor de atención médica: _____ Fecha de vencimiento: _____

Dirección: _____

(Dirección solamente, no apartados postales)

Ciudad/estado/código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Persona de contacto del consultorio: _____

Número de contacto del consultorio: _____

Correo electrónico: _____

Indique la preferencia de beneficios: ☐ Médicos ☐ Farmacia☐ Compra y facturación (beneficios médicos) ☐ Farmacia en el sitio ☐ Farmacia de especialidad

Nombre de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia: _____

Nombre del Consultorio/Institución: _____

N.º de id. fiscal del consultorio: _____

N.º de NPI (identificador nacional de proveedor) del consultorio: _____

Dirección del Consultorio/Institución: _____

(Dirección solamente, no apartados postales)

Ciudad/estado/código postal: _____

Mencione el código de diagnóstico principal y la descripción:**El uso del producto concuerda con las indicaciones de la etiqueta para KEYTRUDA:** Sí ☐ No ☐**Consulte la Información de Prescripción de KEYTRUDA para obtener una lista completa de las indicaciones.**☐ Monoterapia ☐ en combinación con: _____**Fecha del próximo tratamiento:** _____

Teléfono de la farmacia: _____

Fax de farmacia: _____

DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Al firmar a continuación, declaro y garantizo lo siguiente:

- Este Formulario de Inscripción ha sido preparado exclusivamente por el proveedor de atención médica, o por su consultorio, identificado en el Formulario de Inscripción.
- Al firmar a continuación, declaro y garantizo que tengo autorización de conformidad con las leyes de mi estado relacionadas con mi licencia para recetar KEYTRUDA.
- Yo u otras personas en mi equipo del consultorio de proveedores de atención médica ("mi Consultorio") recibimos una autorización por escrito del paciente mencionado en este Formulario de Inscripción que cumple con los requisitos de la Normativa de Privacidad conforme a la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos (HIPAA), Título 45 del Código de Regulaciones Federales, § 164.508, y me autoriza a mí y al Consultorio, así como también a los planes de seguro médico del paciente, a divulgar la información médica personal ("PHI") del paciente, incluida la información relacionada con la afección médica del paciente y los medicamentos con receta, junto con la información divulgada en este Formulario de Inscripción para el Programa de Acceso de Merck (el "Programa de Acceso"), el Programa de Asistencia al Paciente de Merck ("Merck PAP") (de forma conjunta, "los Programas") y Covance Market Access, y autoriza a los Programas y a Covance Market Access (junto con sus respectivos administradores, contratistas y otras filiales) a usar y divulgar la PHI

para fines de investigación de beneficios y apoyo de reembolso.

- Certifico que yo, o un proveedor de atención médica en mi Consultorio, hemos determinado que el producto recetado es médicamente adecuado para el paciente identificado anteriormente y que yo, o un proveedor de atención médica de mi Consultorio, supervisaremos el tratamiento del paciente.
- Si el paciente recibe el producto a través del Merck PAP, ni yo ni mi Consultorio buscaremos ningún reembolso de ninguna fuente para dicho producto administrado al paciente.
- Ni yo ni mi Consultorio recibiremos reembolso alguno por parte de Merck, ya sea por cargos de administración o de otro tipo.
- Comprendo que la información concerniente a los participantes del Programa puede resumirse con fines estadísticos o de otro tipo y proporcionarse a Merck o a los Programas únicamente para su uso en un formato combinado y sin ninguna identificación.
- Yo y mi Consultorio otorgamos a los Programas el derecho de realizar auditorías periódicas de los registros de mi Consultorio para verificar la información proporcionada en el presente.
- Otorgo mi consentimiento para recibir comunicaciones relacionadas con el Programa por teléfono, correo electrónico, o por fax.
- La información provista es completa y exacta a mi leal saber y entender.

CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA: PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA COPAGOS DE MERCK

Yo, un profesional de atención médica con licencia, certifico que se ha recetado el Producto del Programa al paciente que se indica en el Formulario de Inscripción al Programa de Asistencia para Copagos en el ejercicio del juicio médico independiente del profesional que receta fármacos para una indicación autorizada por la FDA.

He leído y acepto los Términos y Condiciones del Programa de Asistencia para Copagos. Certifico que, a mi leal saber y entender, el paciente cumple con los criterios establecidos en los Términos y Condiciones, y que la información que proporciono es verdadera y correcta.

Certifico que yo/mi centro no tomaremos en consideración el hecho de que el paciente pueda recibir un beneficio del Programa de Asistencia para Copagos al momento de determinar el monto que se le cobrará al paciente. Certifico que yo/mi centro no cobraremos al paciente cargo alguno por completar el Formulario de Inscripción al Programa de Asistencia para Copagos y que yo/mi centro no promocionaremos o de otro modo utilizaremos el Programa de Asistencia para Copagos como medio de promoción de mis servicios o del Producto del Programa.

Certifico que la solicitud que yo/mi centro presentemos a la aseguradora médica privada del paciente para el pago del Producto del Programa incluirá el Producto del Programa por separado de toda solicitud de administración de medicamento o cualquier otro artículo o servicio proporcionado al paciente.

Comprendo que yo/mi centro somos responsables de informar la recepción de los beneficios del Programa de Asistencia para Copagos a toda aseguradora, plan de salud u otro tercero que pague o reembolse cualquier

parte del costo del medicamento pagado por el Programa de Asistencia para Copagos, según se requiera.

Certifico que yo/mi centro no solicitaremos el reembolso de la totalidad ni de ninguna parte del beneficio que el paciente recibió a través del Programa de Asistencia para Copagos.

Comprendo que el beneficio del paciente recibido en virtud del Programa de Asistencia para Copagos será pagado de forma directa a mi/mi centro por el Programa de Asistencia para Copagos en nombre de mi paciente. Yo/mi centro aplicaremos todo monto recibido del Programa de Asistencia para Copagos para cubrir la obligación de pago del paciente del costo del Producto del Programa únicamente. En caso de que yo/mi centro ya hayamos recibido pago de parte del paciente para la parte del costo a cargo del paciente del Producto del Programa para el cual el paciente recibe un beneficio a través del Programa de Asistencia para Copagos, yo/mi centro reembolsaremos el monto recibido (menos el monto que el paciente debe pagar por administración de conformidad con los Términos y Condiciones del Programa de Asistencia para Copagos) al paciente.

Comprendo y acepto que las certificaciones que proporciono en esta Certificación del Proveedor de Atención Médica se aplican al paciente que se indica en el Formulario de Inscripción al Programa de Asistencia para Copagos y a cualquier otro paciente inscrito en este que recibe el Producto del Programa como tratamiento y a toda solicitud de beneficios que yo/mi centro presentemos al Programa de Asistencia para Copagos en nombre del paciente. Comprendo que se me puede solicitar que firme una nueva Certificación del Proveedor de Atención Médica si los Términos y Condiciones del Programa de Asistencia para Copagos del Producto del Programa cambian.

Al firmar, certifico que he leído y acepto la Declaración mencionada anteriormente. También he leído y acepto la Certificación anterior (si corresponde en función del apoyo solicitado por mi paciente).

**FIRMA DEL
PROVEEDOR de
atención médica**

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

Nombre del proveedor de atención médica (en letra de imprenta): _____

Designación del proveedor de atención médica (médico, osteópata, enfermero especializado, médico asistente, otro): _____

¿El proveedor de atención médica tiene licencia para ejercer en Vermont? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, proporcione el n.º de licencia de Vermont: _____

Para informar un evento adverso de un medicamento específico de Merck, incluida la muerte debido a cualquier causa, comuníquese con el Centro Nacional de Servicios de Merck al 800-444-2080.

