

Programa de Acceso de Merck FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

KEYTRUDA®
(pembrolizumab) Inyección 100 mg

KEYTRUDA Qlex™
pembrolizumab + berahyaluronidase alfa-pmph
Subcutaneous Injection | 165 mg + 2,000 units/mL

Teléfono: 855-257-3932, Fax: 855-755-0518 o 480-663-4059 • The Merck Access Program, PO Box 2349, Columbus, OH 43216

PARA INSCRIBIRSE EN EL PROGRAMA DE ACCESO DE MERCK, COMPLETE EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y PRESENTELO EN LÍNEA O IMPRIMA Y ENVÍE POR FAX EL FORMULARIO DESCARGABLE COMPLETADO AL 855-755-0518. SI SOLICITA UN REFERIDO AL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA PACIENTES DE MERCK, INCLUYA UNA RECETA MÉDICA PARA EL PRODUCTO SELECCIONADO.

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

Producto (seleccione **uno**): ☐ KEYTRUDA ☐ KEYTRUDA QLEX

Para evitar retrasos en el procesamiento, seleccione solo un producto.

☐ 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 para Pacientes de Merck para determinar la elegibilidad (proporcionado mediante Merck Patient Assistance Program, Inc.)*

*Merck Patient Assistance Program, Inc. es una fundación 501c3 y es independiente y diferente del Programa de Acceso de Merck y del Programa de Asistencia para Copagos de Merck.

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. Yes ☐ No ☐ Idioma de preferencia: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal: _____

(Dirección solamente, no apartados postales)

Teléfono (hogar): _____ (trabajo): _____ (celular/móvil): _____

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

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

¿Existe alguna Autorización Previa (PA) en el expediente del pagador? Sí ☐ No ☐ N.º DE AUTORIZACIÓN: _____

Incluya una copia de la aprobación de la PA (si está disponible). Fechas de aprobación de la Autorización Previa: _____

☐ El paciente no tiene seguro

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			

PROGRAMA DE ACCESO DE MERCK

TELÉFONO: 855-257-3932, FAX: 855-755-0518 o 480-663-4059

INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA Y CONSENTIMIENTO PARA EL PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Si soy elegible como participante, con mi consentimiento a continuación, acepto inscribirme en el Programa de Acceso de Merck, patrocinado por Merck Sharp & Dohme LLC. Con mi inscripción, acepto que el Programa de Acceso de Merck y el Programa de Asistencia para Pacientes de Merck (los "Programas"), Merck Sharp & Dohme LLC y cada uno de sus empleados, afiliados, representantes, agentes, contratistas y procesadores de datos, incluidos los administradores de los Programas (en conjunto, "Merck"), puedan recopilar, usar y divulgar información médica sobre mí, incluidos los detalles que proporcioné en este formulario, información sobre mi participación en los Programas y otra información médica sobre mí, como mi diagnóstico y medicación, para facilitar mi participación en los Programas, incluyendo, según corresponda, para: (i) verificar mi elegibilidad para inscribirme en los Programas e inscribirme en los Programas para los que soy elegible; (ii) coordinar mis beneficios y acceso a mis medicamentos de Merck, brindar apoyo para reembolsos y administrar los Programas; (iii) garantizar el cumplimiento de las leyes y las reglas de los Programas; y (iv) facilitar los fines comerciales internos relacionados, como brindar atención al cliente y evaluar y mejorar los Programas. También acepto que Merck puede ponerse en contacto conmigo por teléfono, correo electrónico o correo postal con la información de contacto que proporcioné en este formulario para fines relacionados con los Programas.

Entiendo que no necesito dar mi consentimiento para este procesamiento de mi información médica. Sin embargo, si no doy mi consentimiento, no podré participar en los Programas, ya que el procesamiento de mi información médica es necesario para que Merck facilite mi participación en los Programas.

Si doy mi consentimiento, tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento mediante una llamada al (855) 257-3932, por medio de una carta a The Merck Access Program, PO Box 2349, Columbus, OH, 43216, o a través de Internet en merckaccessprogram-keytruda.com/keytrudaqlx/hcc/enrollment.html. Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad de Merck y las divulgaciones de privacidad aplicables a los residentes de ciertos estados de EE. UU., consulte nuestro Aviso de privacidad complementario de EE. UU. en <https://www.msdprivacy.com/us/en/supp-notice/> y nuestra Política de privacidad de datos de salud del consumidor en <https://www.msdprivacy.com/us/en/chd-policy/>.

☐ **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** a los términos mencionados antes y acepto inscribirme en el Programa de Acceso de Merck.

☐ **NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO** a los términos mencionados antes.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Al firmar a continuación, autorizo a cada uno de mis médicos, farmacias y planes de salud a obtener, usar y divulgar mi información médica protegida, incluidos los detalles que proporcioné en este formulario, información sobre mi participación en el Programa de Acceso de Merck y el Programa de Asistencia para Pacientes de Merck (en conjunto, los "Programas"), y otra información médica sobre mí, como mi diagnóstico, síntomas, medicación e inferencias derivadas de los mismos (en conjunto, "PHI"), al Programa de Acceso de Merck, el Programa de Asistencia para Pacientes de Merck, Merck Sharp & Dohme LLC y cada uno de sus empleados, afiliados, representantes, agentes, contratistas y procesadores de datos, incluidos los administradores de los Programas (en conjunto, "Merck"), para facilitar mi participación en los Programas, incluidos los fines detallados que se enumeran a continuación. También acepto que Merck puede obtener, usar y divulgar mi PHI a mis médicos, farmacias y planes de salud, a mi representante legal (si lo hubiera), así como a proveedores de Merck y terceros según corresponda para facilitar mi participación en los Programas, lo que incluye, según corresponda, para: (i) verificar mi elegibilidad para inscribirme en los Programas e inscribirme en los Programas para los que soy elegible; (ii) coordinar mis beneficios y acceso a mis medicamentos de Merck, brindar apoyo para reembolsos y administrar los Programas; (iii) garantizar el cumplimiento de las leyes y las reglas de los Programas; y (iv) facilitar los fines comerciales internos relacionados, como brindar atención al cliente y evaluar y mejorar los Programas.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)**Al firmar esta autorización, también reconozco que comprendo lo siguiente:**

- 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, a menos que otorgue el consentimiento aparte para usos o divulgaciones adicionales, Merck tiene la intención de usar y divulgar mi PHI solo para los fines descritos en esta autorización.
- Si decido no proporcionar esta autorización, esa decisión no afectará mi elegibilidad para un tratamiento ni la recepción de este, incluidos los productos de Merck, o los beneficios del seguro médico. Sin embargo, comprendo que no podré recibir asistencia alguna de los Programas para los cuales puedo ser elegible.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento si llamo al (855) 257-3932, si envío por correo una solicitud de cancelación por escrito a The Merck Access Program, PO Box 2349, Columbus, OH, 43216, o si accedo al sitio web merckaccessprogram-keytruda.com/keytrudaqlx/hcc/enrollment.html. Comprendo que cancelar mi autorización significará que mis médicos, farmacias y planes de salud, así como Merck, ya no podrán basarse en esta autorización para divulgar mi PHI, pero que todo uso o divulgación de dicha información que ocurra antes de haber recibido mi cancelación no se verá afectado por mi cancelación.
- Si no cancelo esta autorización, esta expirará 15 meses a partir de la fecha de la firma (o en el período máximo permitido por la ley estatal vigente, si es menor que 15 meses). Los administradores de los Programas retendrán la información que hayan reunido sobre mí de conformidad con la política de retención de registros de Merck.
- Comprendo que tengo derecho a una copia de mi autorización firmada y que puedo obtener copias si las descargo después de enviarlas en línea o si llamo al (855) 257-3932.

Al firmar, certifico que he leído y acepto la Autorización del paciente para la divulgación de información médica.FIRMA DEL
PACIENTE**Firma del paciente, padre/madre,****tutor legal o representante legal*:** _____**Fecha:** _____

* Un representante legal es una persona que tiene autoridad legal en virtud de la ley estatal aplicable para asumir obligaciones en nombre de usted (el Paciente) al firmar cada autorización o declaración en el formulario de inscripción.

Nombre de quien firma (en letra de imprenta): _____**DECLARACIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL (si corresponde)**

- ☐ Declaro que soy el representante legal del paciente y que poseo autoridad legal en virtud de la ley estatal vigente para asumir obligaciones en nombre del paciente al firmar cada autorización o declaración de este formulario de inscripción.

Número de teléfono del representante legal: _____**Relación del representante legal con 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 o KEYTRUDA QLEX™ (pembrolizumab and berahyaluronidase alfa-pmph) Injection 165 mg + 2,000 units/mL (cada uno de los cuales constituye un "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. La elegibilidad del paciente para el Programa de Asistencia para Copagos comenzará en la fecha de aceptación de la inscripción del paciente por parte del Programa de Acceso de Merck y continuará durante los doce meses posteriores ("Período de Elegibilidad"), siempre que el paciente cumpla con todos los criterios de elegibilidad del Programa de Asistencia para Copagos por cada fecha de administración del Producto del Programa.

- 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 de 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 Acceso de Merck, 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 de copago por la administración del Producto del Programa.** El beneficio disponible con el 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 EOB (Explicación de Beneficios) o un RA (Aviso de Pago), que el paciente está obligado a pagar por el Producto del Programa, menos \$25, hasta el máximo del Programa de Asistencia para Copagos por paciente. El beneficio máximo del Programa de Asistencia para Copagos por paciente por Período de Elegibilidad es de \$25,000.
- El paciente debe tener gastos de bolsillo relacionados con el Producto del Programa, y recibirlo durante el Período de Elegibilidad del paciente o el Período Retrospectivo de 90 días (definido a continuación) Y durante la Vigencia (definida a continuación) 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 debe 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, el número de identificación del banco [BIN] y el número de control del

procesador [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; fecha de la administración del Producto del Programa 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 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 inicio del Período de Elegibilidad del paciente ("Período Retrospectivo de 90 días"), sujetos al máximo del Programa de Asistencia para Copagos por paciente y a los Términos y Condiciones que correspondan basados en la fecha de administración del Producto del Programa. El paciente o el proveedor pueden contactar al Programa de Acceso de Merck para obtener más información. El período retrospectivo de 90 días no se aplica a KEYTRUDA QLEX™ (pembrolizumab and berahyaluronidase alfa-pmph) antes de la fecha de aprobación inicial de la FDA.
- 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 de Inscripción al Programa de Acceso de Merck 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.
- El Programa de Asistencia para Copagos tiene vigencia desde el 23 de septiembre de 2025 hasta el 30 de septiembre de 2027 ("Vigencia"). El paciente puede tener solo un Período de Elegibilidad durante la Vigencia del Programa de Asistencia para Copagos. La inscripción en el Programa de Asistencia para Copagos finalizará de manera automática la elegibilidad del paciente en cualquier otro programa de asistencia para copagos de Merck relacionado con el Producto del Programa.
- Número de grupo del programa: 2456, fecha de vencimiento: 09/30/2027**

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 de Merck para KEYTRUDA® (pembrolizumab) Injection 100 mg o KEYTRUDA QLEX™ (pembrolizumab and berahyaluronidase alfa-pmph) Injection 165 mg + 2,000 units/mL (cada uno de los cuales constituye un "Producto del Programa"). Certifico que cumpla 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 Acceso de Merck es verdadera y correcta. Comprendo que mi elegibilidad para el Programa de Asistencia para Copagos comenzará en la fecha de aceptación de mi inscripción por parte del Programa de Acceso de Merck y continuará durante los doce meses posteriores ("Período de Elegibilidad"), siempre que cumpla con todos los criterios de elegibilidad del Programa de Asistencia para Copagos por cada fecha de administración del Producto del Programa. Comprendo que puedo tener solo un Período de Elegibilidad durante la Vigencia (definida a continuación) del Programa de Asistencia para Copagos.

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 EOB (Explicación de Beneficios) o un RA (Aviso de Pago), 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 el beneficio del Programa de Asistencia para Copagos solo está disponible para mis gastos de bolsillo incurridos por cualquier Producto del Programa que me hayan administrado durante mi Período de Elegibilidad o el Período Retrospectivo de 90 días (como se define en los Términos y Condiciones del Programa de Asistencia para Copagos) Y durante la Vigencia del Programa de Asistencia para Copagos.

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 el Programa de Asistencia para Copagos tiene vigencia desde el 23 de septiembre de 2025 hasta el 30 de septiembre de 2027 ("Vigencia").

Informaré al Programa de Asistencia para Copagos de manera inmediata en caso de que mi seguro médico cambie (por ejemplo, al comienzo de un nuevo año calendario o año de beneficios).

Nombre del paciente: _____

TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE MERCK (MERCK PAP)

Para ser elegible para la inscripción en el Merck PAP para el Producto del Programa, el Paciente debe solicitar un referido para el Merck PAP (consulte la casilla de verificación en la página 1) y cumplir con los siguientes requisitos de elegibilidad del Merck PAP, según lo determine el Merck PAP:

- El paciente es residente de EE. UU. y tiene una receta para el Producto del Programa de un proveedor de atención médica o un profesional que receta fármacos con licencia en EE. UU.
- El paciente no tiene seguro ni otra cobertura para el Producto del Programa.
- El paciente cumple con determinados criterios de elegibilidad financiera.

Si se acepta al Paciente en el Merck PAP, se aplican los siguientes Términos y Condiciones:

- La asistencia se dará por terminada si el Merck PAP se entera de algún fraude o si el Producto del Programa ya no se receta al Paciente.
- Llenar este Formulario no garantiza que el Paciente califique para recibir asistencia.
- El Paciente no solicitará un reembolso ni un crédito por este medicamento con receta a una aseguradora, a un plan de salud ni a un programa gubernamental. Si el Paciente es miembro de un plan Medicare Parte D, no solicitará que el medicamento, o algún costo relacionado con él, sean contabilizados como parte del desembolso del Paciente por fármacos con receta.
- El Paciente no debe tener un plan de seguro, o su empleador no debe participar de ninguna manera con un programa de financiamiento alternativo que le exija o que lo incentive a que usted presente una solicitud al Programa de Asistencia para Pacientes de Merck como condición, requisito o prerrequisito para la cobertura de medicamentos específicos de Merck.
- Merck PAP se reserva el derecho de modificar o discontinuar este programa, o finalizar la asistencia en cualquier momento y sin aviso previo.
- El Paciente autoriza a Merck PAP y a sus filiales a enviar la receta a una farmacia distribuidora de medicamentos en nombre del Paciente. PAP de Merck no actúa como una farmacia dispensadora 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 el Paciente tome.
- El Paciente notificará de manera inmediata a Merck PAP en caso de cualquier cambio en la receta médica, ingreso o cobertura de seguro del Paciente.
- Merck PAP se reserva el derecho de solicitar documentación para verificar la información proporcionada en este formulario de inscripción con el fin de determinar la elegibilidad del Paciente para recibir asistencia y para llevar a cabo auditorías periódicas de la inscripción del Paciente, incluido el médico que supervisará el tratamiento, para verificar la información proporcionada en la presente.
- La asistencia recibida a través de Merck PAP no es un seguro.

EXCEPCIÓN POR DIFICULTAD FINANCIERA DE MERCK PAP

☐ El Paciente solicita consideración para la Excepción por Dificultad Financiera de Merck PAP.

Si el Paciente no cumple con los criterios de cobertura de medicamentos recetados, aún puede solicitar asistencia si experimenta dificultades financieras (es decir, no puede pagar el deducible, copago, coseguro u otro requisito de costo compartido de su plan de seguro). La solicitud de elegibilidad del paciente y la inscripción en virtud de la excepción por dificultad financiera están sujetas a los siguientes términos y condiciones:

- La decisión de si se aprueba al Paciente para una excepción por dificultad financiera depende de manera exclusiva de Merck PAP.
- Si el Paciente cuenta con cobertura de Medicare, la elegibilidad vencerá de manera automática el 31 de diciembre del año calendario en curso y el Paciente debe enviar un nuevo formulario de inscripción antes del 31 de diciembre para que se determine la elegibilidad para el año siguiente. En caso de que el Paciente no se reinscriba antes del 31 de diciembre, ya no recibirá su medicamento por parte de Merck PAP.
- Si el Paciente cuenta con cobertura privada para medicamentos con receta, la elegibilidad vencerá de manera automática en un (1) año a partir de la fecha de inscripción y el Paciente deberá volver a inscribirse para que se determine la elegibilidad para el año siguiente.

RECONOCIMIENTO Y FIRMA DEL PACIENTE

Al firmar, certifico que he leído y acepto los Términos y Condiciones y la Certificación del Paciente del Programa de Asistencia para Copagos de Merck, y los términos y condiciones de Merck PAP y la Excepción por Dificultad Financiera de Merck PAP 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): _____

VERIFICACIÓN DE INGRESOS PARA MERCK PAP

SE DEBE PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS FAMILIARES PARA LA INSCRIPCIÓN EN EL MERCK PAP

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 que tengan 15 años o más. (Incluya: salarios antes de impuestos, pensión, intereses/dividendos, beneficios del Seguro Social y toda otra fuente de ingreso.)

El paciente debe autorizar al PAP a verificar sus ingresos familiares anuales brutos actuales (ingresos familiares antes de que se retiren los impuestos) al hacer lo siguiente:

- ☐ **OPCIÓN 1:** Enviar con esta solicitud una COPIA de solo **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 | – Declaración de Discapacidad | – Declaración de Beneficios para Veteranos | – Declaración de Beneficios por Desempleo |
| – Carta de Beneficios del Seguro Social | – Un mes de talones de pago, antes de la fecha de solicitud | – Carta de Pensión | – Carta de un empleador |

Si elige la opción 1, incluya una COPIA de solo **UNO** de estos documentos con su formulario de inscripción completo, firmado y fechado. No envíe documentos originales. No se necesita firma.

O BIEN

- ☐ **OPCIÓN 2:** 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 a fin de determinar la elegibilidad del paciente a fin de participar en el programa. Esta verificación no afectará la calificación crediticia del paciente.

Comprendo que el Programa de Asistencia para Pacientes de Merck (Merck PAP) verificará la información sobre mis ingresos familiares anuales brutos actuales a fin de garantizar si cumplo con los requisitos para este programa.

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

El paciente solo debe firmar esta sección si NO proporciona uno de los documentos mencionados antes como comprobante de ingresos.

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: _____

Dirección: _____

(Dirección solamente, no apartados postales)

Ciudad/estado/código postal: _____

Teléfono: _____ Ext: _____

Fax: _____

Persona de contacto del consultorio: _____

Número de contacto del consultorio: _____ Ext: _____

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:

Codifique con el nivel más alto de especificidad. El uso de un código no especificado puede retrasar el Proceso de Inscripción en el MAP.

El uso del producto es consistente con las indicaciones etiquetadas para el producto prescrito (KEYTRUDA o KEYTRUDA QLEX) Si ☐ No ☐

Consulte la Información de Prescripción de KEYTRUDA o KEYTRUDA QLEX para obtener una lista completa de las indicaciones.

☐ Monoterapia ☐ En combinación con: _____

Fecha del próximo tratamiento: _____

Teléfono de la farmacia: _____

Fax de farmacia: _____

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 KEYTRUDA® (pembrolizumab) Injection 100 mg o KEYTRUDA QLEX™ (pembrolizumab and berahyaluronidase alfa-pmph) Injection 165 mg + 2,000 units/mL (cada uno de los cuales constituye un "Producto del Programa") al paciente que se indica en el Formulario de Inscripción al Programa de Acceso de Merck 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 de Merck. 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 ningún cargo por completar el Formulario de Inscripción al Programa de Acceso de Merck y que no promocionaremos ni usaremos de otro modo 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 mí/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 Acceso de Merck y a cualquier otro paciente inscrito en el Programa de Asistencia para Copagos 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.

DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Declaro y garantizo que yo u otras personas en mi consultorio ("mi Consultorio") hemos obtenido autorización por escrito del paciente mencionado antes (el "Paciente") que cumple con la HIPAA (Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos), me autoriza a mí, a mi Consultorio y a los planes de seguro médico del Paciente, a divulgar la información médica protegida ("PHI") del Paciente al Programa de Acceso de Merck y al Programa de Asistencia al Paciente de Merck (en conjunto, "los Programas"), Merck Sharp & Dohme LLC y cada uno de sus empleados, afiliados, representantes, agentes, contratistas y procesadores de datos, incluidos los administradores de los Programas (en conjunto, "Merck"), y autoriza a Merck a usar y divulgar la PHI para los fines de los Programas, incluso para proporcionar investigación de beneficios y apoyo de reembolso, y para los fines comerciales internos relacionados de Merck. Si mi Consultorio utiliza un Administrador Externo (TPA), declaro y garantizo que el TPA está autorizado a enviar formularios de inscripción a Merck en mi nombre, ha recibido capacitación sobre las reglas y requisitos de los programas de Merck y no firmará ningún documento en nombre del Paciente. Declaro y garantizo que estoy autorizado según las leyes de mi estado de licencia para recetar KEYTRUDA o KEYTRUDA QLEX, que he determinado que KEYTRUDA o KEYTRUDA QLEX son apropiados en términos médicos para el Paciente y que supervisaré el tratamiento del Paciente. Certifico que el Producto del Programa se utiliza únicamente en un entorno ambulatorio. Si el Paciente recibe KEYTRUDA o KEYTRUDA QLEX a través de Merck PAP, ni yo ni mi Consultorio recibiremos ningún reembolso de Merck, ya sea por cargos de administración o de cualquier otro origen. Comprendo que cualquier producto donado por Merck PAP debe devolverse si el paciente elegible específico no puede recibir tratamiento por algún motivo y no puede usarse para ningún otro paciente que no sea el paciente de Merck PAP para quien estaba destinado. 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 los Programas por teléfono, correo electrónico o por fax.

Al firmar, certifico que he leído y acepto la Declaración de proveedor de atención médica anterior y que la información proporcionada es completa y precisa a mi leal saber y entender.

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): _____

Para informar una sospecha de evento adverso de un medicamento específico de Merck, comuníquese con el Centro Nacional de Servicios de Merck al 800-444-2080.



Copyright © 2025 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, EE. UU. y sus filiales.
Todos los derechos reservados. US-PDS-00318 09/25

PROGRAMA DE ACCESO DE MERCK
TELÉFONO: 855-257-3932, FAX: 855-755-0518 o 480-663-4059