

Programa de acceso de Merck FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2021

KEYTRUDA[®]
(pembrolizumab) Inyección 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 LA(S) SECCIÓN(ONES) APLICABLE(S) DEL FORMULARIO.

- Investigación de beneficios para el paciente y/o información sobre la Autorización previa 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, MAP enviará al proveedor de atención médica de contacto que figura en la página 6 una hoja de trabajo adicional que DEBE completarse para continuar con esta inscripción. No completar ni enviar la hoja de trabajo dará lugar a demoras.

INFORMACIÓN PARA PACIENTES

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

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

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 FRENTE Y EL REVERSO DE LA TARJETA DEL SEGURO PARA CADA TIPO DE SEGURO

El paciente no tiene seguro

El paciente tiene seguro a través de Medicare:

Sí No

(Si la respuesta es Sí) Parte A Parte B Parte D Medicare Advantage

Asegurador principal (incluidos Medicaid, Medicare, beneficios de veteranos y aseguradores privados)

Nombre del plan y estado: _____

Número de teléfono para servicio al cliente: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Relación del titular de la póliza con el paciente: _____

Grupo n.º: _____ N.º de ID de la póliza: _____

Asegurador secundario/adicional

Nombre del plan y estado: _____

Número de teléfono para servicio al cliente: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Relación del titular de la póliza con el paciente: _____

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): _____

(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 Corp. ("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 (personal health information, "PHI"), incluida la información relacionada con mi afección médica y los medicamentos recetados, 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

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.

- Se le debe recetar al paciente el Producto del Programa para una indicación aprobada por la FDA (Administración de Medicamentos y Alimentos).
- El paciente debe tener un seguro de salud privado que cubra el costo del Producto del Programa bajo un plan de beneficios médicos.
- **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 de seguros médicos ["mercado"] 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.**
- **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.**
- 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 debe presentar ante la aseguradora privada del paciente la reclamación para el producto del Programa de manera separada a otros servicios y productos.
- **El paciente debe pagar los primeros \$25 del copago por la administración del producto del Programa.** El beneficio disponible en virtud del Programa de asistencia para copagos está limitado al monto que la compañía aseguradora médica privada del paciente indique en la Explicación de beneficios (explanation of benefits, EOB) 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 seguro de salud privado del paciente debe presentar una EOB dentro de los **180 días** de la fecha de la EOB para que el paciente reciba el beneficio de asistencia para copagos; no obstante, no se puede presentar ninguna EOB pasados los **180 días** después de la fecha de vencimiento del Programa de asistencia para copagos. La EOB debe reflejar los gastos de bolsillo del paciente relacionados con el producto del Programa y la presentación de la reclamación del costo del producto del Programa por parte del proveedor del paciente.
- 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.
- 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.
- El Programa 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 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 más información.
- Se debe brindar toda la información pertinente al Programa de asistencia para copagos que se solicite en el presente formulario, 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.
- No se requiere ninguna otra compra.
- **El Programa de asistencia para copagos no es un seguro.**
- No se puede vender, comprar, comercializar ni falsificar el formulario del Programa de asistencia para copagos. No tiene validez si se reproduce.
- El Programa de asistencia para copagos no tiene validez donde esté prohibido por ley, 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 recetados u otra oferta.
- Si se obtiene el Producto del programa en una farmacia especializada (para que luego sea administrada en un consultorio médico o institución de asistencia ambulatoria), puede requerirse documentación adicional.
- Merck se reserva el derecho de rescindir, revocar o enmendar 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 2021 y el 31 de diciembre de 2021.
- **Fecha de vencimiento: 31 de diciembre de 2021.**

Nombre del paciente: _____

CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE: PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA COPAGOS DE MERCK

Certifico que he leído y comprendido los Términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos. Certifico que cumpla con los requisitos de elegibilidad detallados en los Términos y condiciones y que la información que proporciono en este formulario 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/ 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 (qualified health plan, QHP) comprado a través de un intercambio de seguros médicos establecida 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 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 presentará una reclamación a mi compañía aseguradora privada por el producto del Programa administrado. Autorizo a mi proveedor a presentar la Explicación de beneficios recibida de mi compañía aseguradora privada ante el Programa de asistencia para copagos y para recibir, en mi nombre y si corresponde, todo beneficio para el cual soy

elegible en virtud del Programa. 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 2020 y el 31 de diciembre de 2020 está sujeta a los Términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos de 2020.

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, de conformidad con los Términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos.

Si se obtiene el producto del Programa en una farmacia especializada (para que luego sea administrada en un consultorio médico o una institución de asistencia ambulatoria), 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.

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 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 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 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 al PAP de Merck y a sus filiales a enviar la receta a una farmacia distribuidora de medicamentos en mi nombre. El PAP de Merck 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): _____

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.*

*Merck PAP evalúa todas las solicitudes para una excepción a su criterio de seguro en función de una dificultad financiera caso por caso y no puede garantizar que se haga una excepción.

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 a los criterios de seguro de Merck PAP con base en una dificultad financiera. 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 vuelva a presentar una solicitud nueva antes del 31 de diciembre para la determinación de elegibilidad para el programa para el 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 recetados, 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 para el 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 a solicitar que proporcione documentación adicional para respaldar mi solicitud de excepción según una dificultad financiera, incluyendo, 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 del n.º de licencia estatal del proveedor de atención médica: _____

Dirección: _____
(dirección solamente, no apartados postales)

Ciudad/estado/código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Persona de contacto del consultorio: _____

Número de contacto del consultorio: _____

Correo electrónico: _____

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:

Enumere el tipo de tumor primario:

Fecha del próximo tratamiento:

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 presente.
- 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 grupo 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 (Health Insurance Portability and Accountability Act, 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 recetados, 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") (en 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, u un proveedor de atención médica de mi Consultorio, supervisaremos el tratamiento del paciente.
- Si el paciente recibe el producto a través de 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 brindada en la presente, excluyendo los datos que identifiquen al paciente (a menos que el auditor celebre un contrato apropiado con el Consultorio para proteger la privacidad médica de un paciente).
- 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 he recetado el producto del Programa al paciente que se indica en este formulario en el ejercicio de mi juicio médico independiente 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 en este formulario es verdadera y correcta.

Certifico que yo/mi consultorio 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 consultorio no cobraremos al paciente cargo alguno por completar este formulario y que yo/mi consultorio 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 consultorio presentemos a la aseguradora médica privada del paciente para 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 consultorio 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 consultorio 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 consultorio por el Programa de asistencia para copagos en nombre de mi paciente. Yo/mi consultorio 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 consultorio 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 consultorio reembolsaremos el monto recibido (menos el monto que el paciente debe pagar por administración de conformidad con los Términos y condiciones del Programa) 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 este formulario 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 consultorio 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.

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