

# Programa de Acceso de Merck FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

**KEYTRUDA**<sup>®</sup>  
(pembrolizumab) Inyección 100 mg

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

**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.**

**MARQUETODAS 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 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. UU. Sí  No

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 en el expediente del pagador? Sí  No  N.º DE AUTORIZACIÓN: \_\_\_\_\_

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

	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			

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

## 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 PHI (información médica personal), 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) Merck y los Programas; (ii) los administradores de los Programas, sus contratistas, proveedores de servicios de terceros y representantes (en conjunto, los "Administradores de los Programas"); y (iii) el administrador del equipo de asistencia para el acceso y reembolso sobre el terreno de Merck, sus contratistas, representantes y socios de servicios de terceros (en conjunto, el "Administrador de Asistencia para el Acceso y Reembolso Sobre el Terreno") a fin de (i) verificar si cumpla con los requisitos para inscribirse en los Programas; (ii) inscribirse en los Programas para los que cumpla los requisitos; (iii) proporcionar asistencia para el reembolso; e (iv) investigar la cobertura de seguro en relación con el Programa de Acceso de Merck.

También autorizo a Merck, a los Programas, a los Administradores de los Programas y al Administrador de Asistencia para el Acceso y Reembolso Sobre el Terreno, y a sus respectivos contratistas, a usar, compartir y divulgar mi PHI con los siguientes fines: (i) prestar los servicios descritos en este formulario de inscripción; (ii) comunicarse conmigo por correo postal de EE. UU., teléfono, mensaje de texto o correo electrónico; (iii) preparar resúmenes que no incluyan mi PHI con fines estadísticos; (iv) realizar análisis que ayuden a Merck a evaluar, mejorar o prestar sus servicios, sistemas de atención al cliente y materiales educativos o promocionales para los pacientes a los que se les han recetado medicamentos de Merck; y (v) compartir mi PHI entre sí y con mis médicos y farmacéuticos, así como con Medicare, mis planes de salud y sus administradores, contratistas o representantes, a fin de que coordinen mis beneficios, proporcionen, cuando corresponda, asistencia para el reembolso e investiguen mi cobertura de seguro.

También autorizo a los Administradores de los Programas y al Administrador de Asistencia para el Acceso y Reembolso Sobre el Terreno a divulgar mi PHI a representantes autorizados de Merck y de los Programas, según sea necesario, para garantizar el cumplimiento de las normas de los Programas. Asimismo, autorizo a los representantes autorizados de Merck a usar mi PHI a fin de comunicarse con los Administradores de los Programas, el Administrador de Asistencia para el Acceso y Reembolso Sobre el Terreno, mis médicos, farmacias y conmigo con fines de cumplimiento.

Si he designado a un representante legal, autorizo a Merck, a los Programas, a los Administradores de los Programas y al Administrador de Asistencia para el Acceso y Reembolso Sobre el Terreno que pueden usar mi PHI a comunicarse con esa persona a fin de verificar la información que he proporcionado en este formulario o coordinar la provisión de beneficios que pueda tener a disposición en virtud de los Programas, así como a divulgarle mi PHI para los fines descritos en esta autorización.

Comprendo que la PHI divulgada conforme a esta autorización, una vez divulgada, puede no estar protegida por las mismas leyes de privacidad y puede estar sujeta a una nueva divulgación, pero también comprendo que los administradores de los Programas y sus contratistas y otros representantes tienen la intención de usar y divulgar mi PHI solo 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. Para ello, debo llamar por teléfono al Programa de Acceso de Merck al (855) 257-3932 o enviar por correo una solicitud de cancelación por escrito a The Merck Access Program, PO Box 2349, Columbus, OH 43216. Comprendo que la cancelación de mi autorización significará que mis médicos, farmacias y planes de salud, así como el Administrador de Asistencia para el Acceso y Reembolso Sobre el Terreno, Merck, los Programas y los Administradores de los Programas ya no podrán basarse en la autorización para usar o divulgar mi PHI, pero que cualquier uso o divulgación de dicha información que ocurra antes de recibir mi cancelación no se verá afectado por esta.

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 que 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 y puedo solicitar una llamando al Programa de Acceso de Merck mediante la información de contacto proporcionada con anterioridad.

**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:** \_\_\_\_\_

\* 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 la parte que firma (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL (si procede)**

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) ("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. 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 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, 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, 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 EOB (Evidencia de Cobertura) o un RA (Aviso de Pago), 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 el Programa de Acceso de Merck para obtener más 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 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 1 de agosto de 2023 hasta el 30 de octubre de 2025 ("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 automáticamente 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: 2395, fecha de vencimiento: 10/30/2025**

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 de Merck para KEYTRUDA® (pembrolizumab) Injection (100 mg) ("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 1 de agosto de 2023 hasta el 30 de octubre de 2025 ("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).**

## 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 médico o profesional que receta medicamentos 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.

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

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 cumpla con los requisitos 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 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 al Merck PAP y a sus filiales a enviar la receta a una farmacia distribuidora de medicamentos en su nombre. Merck PAP 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 al Merck PAP en caso de que haya cambios en la receta médica, los ingresos o la cobertura de seguro del Paciente.
- El Merck PAP se reserva el derecho de solicitar documentación para verificar la información proporcionada en este formulario de inscripción a fin de determinar la elegibilidad del Paciente para recibir asistencia, así como para llevar a cabo auditorías periódicas de la inscripción del Paciente, incluido el médico que supervisará el tratamiento.
- La asistencia recibida mediante el Merck PAP no es un seguro.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

## EXCEPCIÓN POR DIFICULTAD FINANCIERA DE MERCK PAP

### El Paciente solicita consideración para la Excepción por Dificultad Financiera del Merck PAP.

Si el Paciente no cumple con los criterios de cobertura de fármacos de venta con receta, 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 reside exclusivamente en Merck PAP.
- Si el Paciente cuenta con cobertura de Medicare, la elegibilidad vencerá automáticamente 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 la determinación de 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 automáticamente 1 año a partir de la fecha de inscripción y el Paciente deberá volver a inscribirse para la determinación de elegibilidad para el siguiente año.

## 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 la parte que firma (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

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

## VERIFICACIÓN DE INGRESOS PARA EL MERCK PAP

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:

a. OPCIÓN 1: 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.

### O BIEN

b. OPCIÓN 2: 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 2, incluya una COPIA de solo **UNO** de estos documentos con su formulario de inscripción completo, firmado y fechado. No envíe documentos originales.

**Comprendo que el Programa de Asistencia al Paciente 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 Merck PAP y a otras personas que participan en la administración del Merck PAP 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.**

### FIRMA DEL PACIENTE

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

Nombre de la parte que firma (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

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

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

Nombre del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

Nombre del Consultorio/Institución: \_\_\_\_\_

N.º de id. fiscal del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

N.º de id. fiscal del consultorio: \_\_\_\_\_

N.º de NPI del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección del Consultorio/Institución: \_\_\_\_\_

(Dirección solamente, no apartados postales)

(Dirección solamente, no apartados postales)

Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

### 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 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: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**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) ("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 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**

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 HIPAA (Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos), Título 45 del Código de Regulaciones Federales, Párrafo 164.508, y me autoriza a mí y al Consultorio, así como 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 y los medicamentos recetados del paciente y la información divulgada en este Formulario de Inscripción al Programa de Acceso de Merck (el "Programa de Acceso"), al Programa de Asistencia al Paciente de Merck ("Merck PAP") (en conjunto, "los Programas") y al administrador del equipo de asistencia para el acceso y reembolso sobre el terreno de Merck, incluidos sus contratistas, representantes o socios de servicios de terceros (en conjunto, "Administrador del Equipo de Asistencia para el Acceso y Reembolso Sobre el Terreno"), así como a los Programas y al Administrador de Asistencia para el Acceso y Reembolso Sobre el Terreno (junto con sus respectivos administradores, contratistas u otros afiliados) a usar y divulgar la PHI con fines de investigación de beneficios y asistencia para el reembolso.
- Declaro y garantizo que si mi Consultorio utiliza un TPA (Administrador Externo), el TPA está autorizado a actuar en mi nombre para enviar formularios de inscripción a Merck PAP, y que el TPA ha sido capacitado sobre las reglas y los requisitos de Merck PAP antes de brindar servicios relacionados con Merck PAP.
- Comprendo que un TPA no puede firmar en nombre del paciente.
- 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.
- Certifico que el Producto del Programa se usa únicamente en un entorno ambulatorio.
- 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.
- 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.
- 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 fax.
- La información provista es completa y exacta a mi leal saber y entender.

¿El Centro utiliza un TPA (Administrador Externo) para administrar y gestionar sus programas de asistencia al paciente? Sí  No

**Al firmar, certifico que he leído y acepto la Certificación y Declaración del Proveedor de Atención Médica mencionadas anteriormente (si corresponde en función del apoyo solicitado por mi paciente).**

**Al firmar, también certifico que toda la información que he proporcionado en este formulario de inscripción es completa y precisa.**

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 © 2024 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, EE. UU. y sus filiales.  
Todos los derechos reservados. US-KEY-08111 04/24

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