

# Programa de acceso de Merck FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

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

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

**PARA COMENZAR, COMPLETE EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y ENVÍELO POR FAX AL 855-755-0518. SI SOLICITA UNA DERIVACIÓN AL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE MERCK, INCLUYA UNA RECETA MÉDICA DE KEYTRUDA.**

## MARQUE TODAS LAS CASILLAS APLICABLES Y COMPLETE LA(S) SECCIÓN(ES) 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
- Derivación al Programa de asistencia al paciente de Merck para determinar elegibilidad (proporcionado a través de Merck Patient Assistance Program, Inc.)

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

El paciente es residente de los EE. UU.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_  
(Dirección solamente, no apartados postales)

Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ (trabajo): \_\_\_\_\_ (otro): \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

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

El paciente no tiene seguro

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

Nombre del plan y estado: \_\_\_\_\_

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°: \_\_\_\_\_ N° de ID de la póliza: \_\_\_\_\_

**Asegurador secundario/adicional**

Nombre del plan y estado: \_\_\_\_\_

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°: \_\_\_\_\_ N° de ID de la póliza: \_\_\_\_\_

## OBLIGATORIO PARA PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE MERCK Y PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA COPAGOS DE MERCK

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

Número de miembros de la familia (incluido el paciente): \_\_\_\_\_

(Incluya: salarios antes de impuestos, pensión, interés/dividendos, beneficios del Seguro Social y toda otra fuente de ingreso)

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

## 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 de parte 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, incluyendo sus contratistas y otros representantes, deberán obtener, revisar, utilizar y divulgar mi información médica personal ("PHI", por sus siglas en inglés), incluyendo información relacionada con mi condición médica y 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 los administradores de los Programas, McKesson para el Programa de acceso de Merck y RxCrossroads para Merck PAP, y sus contratistas o representantes, con el fin de verificar mi elegibilidad para inscripción a los Programas y para inscribirme en los Programas para los cuales soy elegible.

De la misma manera, autorizo a los administradores de los Programas y sus contratistas o representantes para hacer uso de mi PHI con el fin de prestar los servicios descritos en este formulario de inscripción, y para divulgar mi PHI 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, en su caso, e investigar mi cobertura de seguro.

De la misma manera, autorizo la divulgación de mi PHI a, y que sea usada por, 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 cobertura de seguro en relación con el Programa de acceso de Merck.

De la misma manera, autorizo a los administradores de los Programas y sus contratistas y representantes para usar mi PHI para comunicarse conmigo mediante el servicio postal de los EE. UU., teléfono o correo electrónico con el fin de llevar a cabo los servicios descritos en este formulario de inscripción.

Comprendo que la información sobre los participantes de los Programas puede ser resumida para fines de estadísticas u otros fines y proporcionada a Merck o los Programas.

En caso de haber designado a un Representante personal, autorizo a los Programas, sus administradores y socios terceros prestadores de servicios para utilizar mi PHI con el fin de contactar a la persona que he designado como mi Representante personal con los 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, incluyendo 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, no puede estar regida por la ley federal de privacidad y puede estar sujeta a nuevas divulgaciones, pero también comprendo que los administradores de los programas y sus contratistas y otros representantes planean usar y divulgar mi PHI únicamente para los fines descritos en esta autorización. Además, entiendo que si decido no brindar esta autorización, no se verá afectada mi elegibilidad para el tratamiento, ni para recibirlo, incluidos los productos Merck o beneficios de seguro de salud, pero no podré recibir ninguna asistencia de los Programas para los que podría 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 ya no podrán basarse en la autorización para compartir mi PHI con los Programas, y que los Programas, sus administradores y sus contratistas y representantes no estarán autorizados para usar o divulgar la información en virtud de esta autorización después de haber recibido mi cancelación, pero que todo uso o divulgación de dicha información que ocurra antes de haber recibido mi cancelación no se verá afectada por mi cancelación.

Comprendo que si decido no cancelar esta autorización, la misma vencerá 15 meses desde la fecha que aparece a continuación. 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 haya sido firmada. He leído o me han explicado esta autorización.

## TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA COPAGOS DE MERCK

Para recibir los beneficios del Programa de asistencia para copagos, el paciente debe inscribirse en el mismo 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 comprado a través de una bolsa de seguros médicos [marketplace] 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 programas de ayuda farmacéutica (en conjunto, "programas gubernamentales").**
- **El Programa de asistencia para copagos no es válido para pacientes no asegurados.**
- El paciente debe tener un costo en efectivo para el Producto del programa y recibirlo antes de la fecha de vencimiento del Programa de asistencia para copagos. El beneficio disponible a través del Programa de asistencia para copagos es válido únicamente para el costo a cargo del paciente para el Producto del programa. No es válido para cualquier otro costo por cuenta propia (por ejemplo, cargos por visitas a oficinas o cargos por administración del medicamento) aun si dichos costos están asociados a 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 de otros servicios y productos.
- **El paciente debe pagar los primeros 25 USD de copago por la administración del Producto del programa.** El beneficio disponible en virtud del Programa de asistencia para copagos está limitado al monto que la compañía aseguradora médica privada del paciente indique en la Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que el paciente está obligado a pagar por el Producto del programa, menos 25 USD, 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 USD para pacientes con un Ingreso familiar bruto anual inferior o igual al 700 % del Nivel federal de pobreza actual y de 10,000 USD para pacientes con un Ingreso familiar bruto anual de más del 700 % del Nivel federal de pobreza actual.

Una EOB del seguro médico privado del paciente debe ser presentada dentro de **180 días** a partir de la fecha de la EOB para que el paciente reciba el beneficio de la asistencia para copagos; considerando, sin embargo, que ninguna EOB se presentará después de los **180 días** después de la fecha de vencimiento del Programa de asistencia para copagos. La EOB debe reflejar los costos a cargo del paciente para el Producto del programa y la presentación de la reclamación por parte del proveedor del paciente para el costo del Producto del programa.

- El paciente y el proveedor aceptan no solicitar el reembolso de la totalidad ni de ninguna parte del beneficio que el paciente recibió 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 del paciente y ser administrado a este en los Estados Unidos o el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- El Programa puede aplicarse a los costos a cargo 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.
- Toda información aplicable al Programa de asistencia para copagos solicitada en este formulario debe ser proporcionada, 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.**
- El formulario del Programa de asistencia para copagos no se puede vender, comprar, comercializar ni falsificar. Carece de 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. 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 por parte del paciente de los beneficios del Programa de asistencia para copagos pueden ser recopilados, analizados y compartidos con Merck, con 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.º de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2018.
- **Fecha de vencimiento: 31 de diciembre de 2018.**

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

**CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE: PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA COPAGOS DE MERCK**

Certifico que he leído y comprendo los Términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos. Certifico que cumpla 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 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 reembolsado por un Programa de gobierno, según se define en los Términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos.

Comprendo que si comienzo a tener cobertura bajo 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 que haya sido comprado a través de un intercambio de seguro médico establecido por un gobierno estatal o por el gobierno federal (QHP), 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 ningún reembolso de la totalidad ni de ninguna parte del beneficio que reciba a través del Programa de asistencia para copagos. Comprendo que mi proveedor presentará un reclamo a mi compañía aseguradora privada para que el Producto del programa me sea administrado. Autorizo a mi proveedor a enviar la Explicación de beneficios recibida de mi aseguradora privada al Programa de

asistencia para copagos y recibir, en mi nombre, cualquier beneficio al que califique conforme al Programa. Entiendo 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. Entiendo que la asistencia para copagos por cualquier Producto del programa que me hayan administrado entre el 1.º de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2017 está sujeta a los Términos y condiciones del Programa de asistencia para copagos de 2017.

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, o directamente a mí. En caso de haber pagado a mi proveedor mi parte del costo del Producto del programa para el cual posteriormente recibí 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, incluyendo la certificación del médico o de la farmacia especializada (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 o ingreso 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, incluyendo la información sobre el ingreso familiar, es completa y precisa.

Entiendo que la asistencia proporcionada por Merck PAP se dará por terminada si Merck PAP toma conocimiento de algún fraude o si ya no se me receta este medicamento. Entiendo 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 del gobierno. Si soy miembro de un plan Medicare Parte D, no solicitaré que este medicamento, ni ningún costo relacionado con él, sea contabilizado como parte de mi costo en efectivo por fármacos con receta.

Entiendo que Merck PAP se reserva el derecho de modificar el formulario de solicitud, modificar o discontinuar este Programa, o finalizar la asistencia en cualquier momento y sin aviso previo. Autorizo a Merck PAP y a sus filiales a enviar la receta a una farmacia dispensadora de medicamentos en mi 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 se me administre.

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

Comprendo que Merck PAP se reserva el derecho de solicitar documentación con el fin de 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, incluyendo 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.

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 Autorización del paciente, 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 mencionados anteriormente, según corresponda, en virtud del 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, padre/madre, tutor legal o representante legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre de quien firma (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente (si firma alguien diferente al paciente):** \_\_\_\_\_

Me gustaría recibir información adicional sobre "KEY+YOU", el Programa de apoyo al paciente gratuito para quienes toman KEYTRUDA. En caso de que decida inscribirme en el programa, tendré la opción de acceso a una enfermera las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puedo recibir información y recursos para apoyarme en lo relacionado con mi tratamiento con KEYTRUDA, y puedo elegir recibir esta información por teléfono, correo electrónico o correo postal. Comprendo que mi información personal es necesaria para esta derivación al programa. Acepto permitir que mi información recopilada como parte del Programa de acceso de Merck se comparta 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 responda el teléfono, con el fin de analizar el Programa KEY+YOU y sus servicios. 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 o 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 sobre la base de una dificultad financiera caso por caso, y no puede garantizar que se haga una excepción.

1. Doy fe de 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, me gustaría que se me considerara para una excepción a los criterios de seguro de Merck PAP sobre la base de 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 presente una solicitud nueva antes del 31 de diciembre para determinación de elegibilidad al 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 Medicare Parte B** (marque la casilla correspondiente)

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 determinación de elegibilidad al programa para el siguiente año.

4. Certifico que notificaré de manera inmediata al Programa de asistencia al paciente de Merck en caso de que se realice cualquier cambio a mi receta médica o cobertura de seguro.

5. Comprendo que el Programa de asistencia al paciente de Merck se reserva el derecho de solicitar que proporcione documentación adicional para respaldar mi solicitud de excepción sobre la base de 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, padre/madre, tutor legal o representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de quien firma (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Relación con el paciente (si firma alguien diferente al paciente): \_\_\_\_\_

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

**INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADOS DE LA SALUD** (debe ser completada por el proveedor de cuidados de la salud)

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Nº. de ID fiscal del médico: \_\_\_\_\_

Nº. de NPI (identificador nacional de proveedor) del médico: \_\_\_\_\_

Nº. de licencia del médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Dirección solamente, no apartados postales)

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Persona de contacto en oficina: \_\_\_\_\_

Número de contacto en oficina: \_\_\_\_\_

Nombre del Consultorio/institución: \_\_\_\_\_

Nº. de ID fiscal del Consultorio: \_\_\_\_\_

Nº. de NPI del Consultorio: \_\_\_\_\_

Dirección del Consultorio/institución: \_\_\_\_\_

(Dirección solamente, no apartados postales)

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

**Incluya todos los códigos de diagnóstico aplicables:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mencione el tipo de tumor principal:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADOS DE LA SALUD****DEBE INCLUIR FIRMA ORIGINAL**

Al firmar a continuación, declaro y garantizo lo siguiente:

- Esta solicitud ha sido preparada exclusivamente por el médico o su consultorio identificado en la presente solicitud ("mi Consultorio").
- Mi Consultorio ha obtenido autorización por escrito del paciente identificado en esta solicitud para divulgar la información médica personal (PHI) del paciente, incluyendo información relacionada con la condición médica del paciente y los medicamentos recetados y la información divulgada en este formulario de inscripción del paciente, así como la información incluida en esta solicitud, al Programa de acceso de Merck, patrocinado por Merck Sharp & Dohme Corp. ("Merck"), una filial de Merck & Co., Inc., o al 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, McKesson Specialty Arizona, Inc. ("McKesson") para el Programa de acceso de Merck y RxCrossroads para Merck PAP, incluyendo sus contratistas u otras afiliadas, y para que los Programas usen y divulguen dicha información con los fines de investigación de beneficios y apoyo de reembolso.
- Mi Consultorio ha brindado los avisos necesarios al paciente identificado en la presente solicitud para cumplir con todas las leyes y los reglamentos federales y estatales relacionados con la privacidad médica o de salud, que incluyen, entre otros, la ley de privacidad HIPAA, codificada en el C.F.R., Título 45, Secciones 160 y 164, según sus modificaciones periódicas.

- Certifico que yo, o un médico de mi Consultorio, hemos determinado que el producto recetado es médicamente adecuado para el paciente identificado anteriormente y que yo, o un médico de mi Consultorio, supervisaremos el tratamiento del paciente.
- Si el paciente recibe un producto a través de Merck PAP, no se solicitará un reembolso de ninguna fuente para ese producto entregado al paciente.
- También comprendo que ni yo ni mi Consultorio recibiremos reembolso alguno por parte de Merck, ya sea de cuotas de administración u otras.
- Entiendo que la información concerniente a los participantes del programa puede resumirse con fines estadísticos o de otro tipo, y puede ponerse a disposición de Merck o los Programas.
- Entiendo que el programa se reserva 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 del paciente).
- Verifico que la información provista es completa y exacta a mi leal saber y entender.

**CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO: PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA COPAGOS DE MERCK**

Yo, un profesional del cuidado de la salud 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 cuota alguna por completar este formulario y que no promocionaremos ni utilizaremos 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 oficina 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 oficina 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 he leído y acepto la autorización y certificación anteriores.**

Firma original del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del médico (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

¿El médico tiene licencia para practicar en Vermont? Sí  No  En caso afirmativo, proporcione el N°. de licencia de Vermont: \_\_\_\_\_

Para informar un evento adverso por un producto específico de Merck, incluida la muerte debida 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

