

Programa de Acceso de Merck

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN



Teléfono: 855-404-5278, Fax: 866-866-4127 • The Merck Access Program, PO Box 2349, Columbus, OH 43216

PARA COMENZAR, COMPLETE EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y PRESENTELO EN LÍNEA O IMPRIMA Y ENVÍE POR FAX EL FORMULARIO DESCARGABLE COMPLETADO AL 866-866-4127. SI SOLICITA UN REFERIDO AL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE MERCK, INCLUYA UNA RECETA MÉDICA PARA PREVYMIS.

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

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

Si usted y su paciente solicitan investigación de beneficios y/o información sobre autorización previa o apelaciones ÚNICAMENTE, entonces no se requiere la firma del paciente. Tenga en cuenta que: Si el paciente no completa y firma este documento, el Programa Merck Access no se comunicará con él.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

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

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):** _____ **Sexo:** M F

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

Teléfono (hogar): _____ (móvil): _____

Correo electrónico: _____

Comunicación preferida: Teléfono Correo electrónico Correo

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.

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

¿Está la Autorización Previa registrada con el pagador? Sí No N.º DE AUTORIZACIÓN: _____

Fechas de aprobación de la Autorización Previa: _____

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

¿Es este un plan de la Parte D de Medicare? Sí No

Nombre del plan y estado: _____

Número de teléfono para servicio al cliente: _____

Nombre del suscriptor: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Relación del titular de la póliza con el paciente: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza (mm/dd/aaaa): _____

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

Asegurador secundario/adicional

¿Es este un plan de la Parte D de Medicare? Sí No

Nombre del plan y estado: _____

Número de teléfono para servicio al cliente: _____

Nombre del suscriptor: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Relación del titular de la póliza con el paciente: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza (mm/dd/aaaa): _____

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

SECCIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE (a completar por el 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 a los Programas; (ii) los administradores de los Programas; y (iii) sus contratistas, representantes y socios terceros prestadores de servicios, con el fin de verificar mi elegibilidad para la inscripción en los Programas y para inscribirme en los Programas para los cuales soy elegible, 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 Merck, los Programas, los administradores de los Programas y sus contratistas o representantes para 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.

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

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE (a completar por el paciente) (*continuación*)

Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento llamando al Programa de Acceso de Merck al (855) 404-5278 o enviando por correo una solicitud de cancelación por escrito a The Merck Access Program, PO Box 2349, Columbus, OH 43216. Comprendo que cancelar mi autorización significará que mis médicos, farmacias y planes de salud, así como también Merck 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.

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 anterior.

FIRMA DEL PACIENTE

Firma del paciente

o representante legal*: _____ Fecha: _____

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

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

DECLARACIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL (si 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 AL PACIENTE DE MERCK (MERCK PAP)

Para ser elegible para la inscripción en el Merck PAP para PREVYMIS® (Ietermovir) (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 fármacos con licencia en EE. UU.
- El paciente no tiene seguro ni otra cobertura para el Producto del Programa.
- El paciente cumple con determinados criterios de elegibilidad financiera.

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 califique para recibir asistencia.
- El Paciente no solicitará un reembolso ni un crédito por este medicamento con receta a una aseguradora, a un plan de salud ni a un programa gubernamental. Si el Paciente es miembro de un plan Medicare Parte D, no solicitará que el medicamento, o algún costo relacionado con él, sean contabilizados como parte del desembolso del Paciente por fármacos con receta.

Nombre del paciente: _____

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

- Merck PAP se reserva el derecho de modificar o discontinuar este programa, o finalizar la asistencia en cualquier momento y sin aviso previo.
- El Paciente autoriza a Merck PAP y a sus filiales a enviar la receta a una farmacia distribuidora de medicamentos en nombre del Paciente. 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 a Merck PAP en caso de cualquier cambio en la receta médica, ingreso o cobertura de seguro del Paciente.
- Merck PAP se reserva el derecho de solicitar documentación para verificar la información proporcionada en este formulario de inscripción con el fin de determinar la elegibilidad del Paciente para recibir asistencia y para llevar a cabo auditorías periódicas de la inscripción del Paciente, incluido el médico que supervisará el tratamiento, para verificar la información proporcionada en la presente.
- La asistencia recibida a través del Programa de Asistencia al Paciente de Merck no es un seguro.

EXCEPCIÓN POR DIFICULTAD FINANCIERA DE MERCK PAP

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

Si el Paciente no cumple con los criterios de cobertura de 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 anteriores del Merck PAP y la Excepción por Dificultad Financiera del Merck PAP, 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

o representante legal: _____ Fecha: _____

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

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

Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario o necesita información adicional, llame al **855-404-5278**.

Nombre del paciente: _____

VERIFICACIÓN DE INGRESOS PARA EL MERCK PAP

El Paciente debe autorizar a Merck PAP a verificar sus ingresos familiares anuales brutos actuales (ingresos familiares antes de deducir 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 | – Carta de Beneficios del Seguro Social | – Declaración de Discapacidad |
| – Un mes de talones de pago, antes de la fecha de solicitud | – Declaración de Beneficios para Veteranos | – Carta de Pensión |
| | – Declaración de Beneficios por Desempleo | – 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 Merck Patient Assistance Program, Inc. (Merck PAP) verificará la información sobre mis ingresos familiares anuales brutos actuales a fin de garantizar que reúno 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

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): _____

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

Fecha prevista de inicio del comprimido PREVYMIS® (Ietermovir): _____

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 id. fiscal del consultorio: _____

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

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

Teléfono: _____ Fax: _____

Persona de contacto en oficina: _____ Número de contacto del consultorio: _____

Correo electrónico: _____

Comunicación preferida: Teléfono Fax Correo electrónico

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

Nombre del paciente: _____

DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Al firmar esta Certificación, solicita que el Programa de Acceso de Merck ayude a su paciente a iniciar una Investigación de beneficios y/u obtener información sobre la Autorización previa o el Proceso de apelación.

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 PREVYMIS® (Iletermovir).
- 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, § 164.508, y me autoriza a mí y a mi Consultorio, así como también a los planes de seguro médico del paciente, a divulgar la información médica personal ("PHI") del paciente, incluida la información relacionada con la afección médica del paciente y los medicamentos con receta, junto con la información divulgada en este Formulario de Inscripción para el Programa de Acceso de Merck (el "Programa de Acceso"), el Programa de Asistencia al Paciente de Merck ("Merck PAP") (de forma conjunta, "los Programas"), y autoriza a los Programas junto con sus contratistas y otras filiales a usar y divulgar la PHI para fines de investigación de beneficios y apoyo de 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 utiliza 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 los Programas por teléfono, correo electrónico, o por fax.
- Comprendo que los Programas se reservan el derecho de modificar o interrumpir este programa en este centro/consultorio, o cancelar la asistencia en cualquier momento y sin aviso previo.
- La información provista es completa y exacta a mi leal saber y entender.

Al firmar, certifico que he leído y acepto la Declaración mencionada anteriormente.

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.

