

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Teléfono: 855-404-5278 Fax: 866-866-4127 • The Merck Access Program, PO Box 29067, Phoenix, AZ 85038

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

1 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.)

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. Recuerde: Si el paciente no completa y firma este documento, el Programa Merck Access no se comunicará con él.

2 INFORMACIÓN DEL PACIENTE (OBLIGATORIO)

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): _____ (trabajo/otro): _____

Correo electrónico: _____

3 INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO (OBLIGATORIO)

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

Asegurador principal (incluidos 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: _____

OBLIGATORIO PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE MERCK

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

Número de integrantes del grupo familiar (incluido el paciente): _____

***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)**

4 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 información médica personal ("PHI"), 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 los administradores de los Programas y sus contratistas o representantes, con el fin de verificar mi elegibilidad para la inscripción en los Programas y para inscribirme en los Programas para los cuales soy elegible.

De la misma manera, autorizo a los administradores de los Programas o sus contratistas o representantes para (i) usar mi PHI con el fin de prestar los servicios descritos en este formulario de inscripción, inclusive para comunicarse conmigo por el servicio postal de los EE. UU., teléfono, mensaje de texto o correo electrónico y para preparar resúmenes que no incluyan mi PHI con fines estadísticos; y (ii) para divulgar mi PHI entre sí, a mis médicos y farmacéuticos así como a Medicare, mis planes de salud y sus administradores, contratistas o representantes, con el fin de coordinar mis beneficios, proporcionar apoyo de reembolso, si corresponde, e investigar mi cobertura de seguro.

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

En caso de haber designado a un Representante Personal, autorizo a los Programas, sus administradores y socios terceros prestadores de servicios a utilizar mi PHI para contactar a la persona que he designado como mi Representante Personal a fines de verificar la información proporcionada en el presente o coordinar la disposición de beneficios que pueden estar disponibles para mí en virtud de los Programas y para divulgar mi PHI, incluida la información proporcionada en este formulario de inscripción, a mi Representante Personal para los fines descritos en este párrafo.

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

Comprendo que la PHI divulgada en virtud de esta autorización, una vez divulgada, puede no estar protegida por la ley federal de privacidad y puede estar sujeta a una divulgación posterior, pero también comprendo que los administradores de los Programas y sus contratistas y otros representantes tienen la intención de usar y divulgar mi PHI únicamente para los fines descritos en esta autorización. Además, comprendo que si elijo no proporcionar esta autorización, no afectará mi elegibilidad para, ni la recepción de, un tratamiento, incluidos los productos de Merck o beneficios de seguro médico, pero no podré recibir asistencia alguna de los Programas para los cuales puedo ser elegible.

Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento llamando a The Merck Access Program al (855) 404-5278 o enviando por correo una solicitud de cancelación por escrito a The Merck Access Program, PO Box 29067, Phoenix, AZ 85038. Comprendo que cancelar mi autorización significará que mis médicos, farmacias y planes de salud, así como también 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 a 15 meses). Los administradores de los Programas retendrán la información que he presentado de conformidad con la política de retención de registros de Merck.

Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización una vez que se haya firmado.

Al firmar, certifico que he leído y acepto la Autorización del Paciente, según el apoyo que he solicitado.

**FIRMA DEL
PACIENTE**

Firma del paciente o representante legal: _____

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

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

Nombre del paciente: _____

5 EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE MERCK (PROPORCIONADO A TRAVÉS DE MERCK PATIENT ASSISTANCE PROGRAM, INC.) (a completar por el paciente)

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud, incluida la información sobre el ingreso familiar, es completa y precisa.

Comprendo que la asistencia proporcionada por Merck PAP se dará por terminada si el Merck PAP se entera de algún fraude o si ya no se me receta este medicamento. Comprendo que llenar esta solicitud no garantiza que calificaré para recibir asistencia al paciente. Certifico que no solicitaré un reembolso ni un crédito por este medicamento con receta a una aseguradora, a un plan de salud ni a un programa gubernamental. Si soy miembro de un plan Medicare Parte D, no solicitaré que el medicamento, o algún costo relacionado con él sean contabilizados como parte de mi desembolso por fármacos con receta.

Comprendo que Merck PAP se reserva el derecho de modificar el formulario de solicitud, modificar o discontinuar este Programa, o finalizar la asistencia en cualquier momento y sin aviso previo. Autorizo a Merck PAP y a sus filiales a enviar la receta a una farmacia distribuidora de medicamentos en mi nombre. Merck PAP no actúa como una farmacia distribuidora de medicamentos. Merck PAP no se responsabiliza por la verificación de la información contenida en la receta médica enviada como parte del proceso de inscripción, lo que incluye, entre otros, alergias, afecciones médicas u otros medicamentos que yo tome.

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

Comprendo que Merck PAP se reserva el derecho de solicitar documentación para verificar la información proporcionada en esta solicitud con el fin de determinar mi elegibilidad para recibir asistencia y para llevar a cabo auditorías periódicas de mi inscripción, incluido el médico que supervisará mi tratamiento, para verificar la información proporcionada en la presente.

Comprendo que la asistencia recibida a través del Programa de Asistencia al Paciente de Merck no es un seguro.

6 RECONOCIMIENTO Y FIRMA DEL PACIENTE

Si otra persona firma legalmente en nombre del paciente o si el paciente desea designar a una persona para que actúe en su representación para verificar información y coordinar las disposiciones de los programas descritos en este formulario de inscripción, INCLUYA UN FORMULARIO DE REPRESENTANTE COMPLETADO CON ESTE FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN.

Al firmar, certifico que he leído y acepto la Certificación del Paciente y los Términos y Condiciones del Programa de Asistencia al Paciente de Merck que se mencionan anteriormente, 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: _____

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

Nombre del proveedor atención médica: _____

N.º de id. fiscal del proveedor de atención médica: _____ N.º de NPI del proveedor de atención médica: _____

N.º de licencia estatal del proveedor de atención médica: _____

Fecha de vencimiento del n.º de licencia estatal del proveedor de atención médica: _____

Nombre del Consultorio/Institución: _____ 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 del consultorio: _____ Número de contacto del consultorio: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del paciente: _____

8 DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (lo debe completar un proveedor de atención médica con licencia)

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.
- 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 Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos (HIPAA), Título 45 del Código de Regulaciones Federales, § 164.508, y me autoriza a mí y al Consultorio, así como también a los planes de seguro médico del paciente, a divulgar la información médica personal ("PHI") del paciente, incluida la información relacionada con la afección médica del paciente y los medicamentos 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.
- 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.
- Si el paciente recibe el producto a través de Merck PAP, ni yo ni mi Consultorio buscaremos ningún reembolso de ninguna fuente para dicho producto administrado al paciente.
- Ni yo ni mi Consultorio recibiremos reembolso alguno por parte de Merck, ya sea por cargos de administración o de otro tipo.
- Comprendo que la información concerniente a los participantes del Programa puede resumirse con fines estadísticos o de otro tipo y proporcionarse a Merck o a los Programas únicamente para su uso en un formato combinado y sin ninguna identificación.
- Yo y mi Consultorio otorgamos a los Programas el derecho de realizar auditorías periódicas de los registros de mi Consultorio para verificar la información proporcionada en el presente.
- Otorgo mi consentimiento para recibir comunicaciones relacionadas con el Programa 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.

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

Nombre del proveedor de atención médica (en letra de imprenta): _____

Designación del proveedor de atención médica (médico, osteópata, enfermero especializado, médico asistente, otro): _____

¿El proveedor de atención médica tiene licencia para ejercer en Vermont? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, proporcione el n.º de licencia de Vermont: _____

Para informar un evento adverso de un medicamento específico de Merck, incluida la muerte debido a cualquier causa, comuníquese con el Centro Nacional de Servicios de Merck al 800-444-2080.

