

Instrucciones para los Pacientes

Al completar este formulario, puede:



Conocer su cobertura de seguro médico y las opciones de ayuda financiera a través de Genentech MySMA Support™



Inscribirse para recibir formación **opcional** sobre la enfermedad y otros materiales, incluidos los servicios **opcionales** de Genentech MySMA Support

Puede optar por no firmar este formulario. Sin embargo, Genentech no puede proporcionarle sus beneficios de investigación del seguro médico y otras opciones de asistencia financiera sin su autorización firmada en la página 4. La inscripción en este programa no afecta su capacidad para obtener acceso a Evrysdi por parte de su proveedor de atención médica o plan de seguro médico.

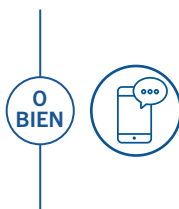
Siga estos pasos para comenzar:

- 1** Lea la “Autorización para Usar y Divulgar Información Personal” en la página 3.
- 2** Firme y feche la página 4. Tenga en cuenta que debe firmar el formulario para obtener apoyo para su tratamiento.
- 3** Envíe su formulario completado utilizando una de las siguientes opciones.

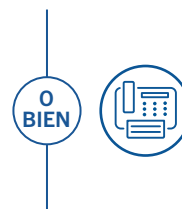
Genentech puede empezar a ayudarle cuando usted o el consultorio de su médico envíen la **página 4** de este formulario de una de las siguientes maneras:



Complete en línea
escaneando este código
QR o visitando
www.evrysdi.com/forms



Imprimir, completar,
tomar una foto y
enviarla al
(650) 877-1111



Imprimir, completar y
enviarla por fax al
(833) 387-9700

Escriba de forma legible y rellene todos los **campos obligatorios (*)** del Formulario de Inicio de Evrysdi para evitar retrasos.

Tenga en cuenta lo siguiente: Su médico debe completar el Formulario de Servicio del Médico que Receta de Evrysdi antes de que podamos empezar a ayudarle.

Si tiene alguna pregunta, hable con su proveedor de atención médica o llame al (833) 387-9734.

Terminología Útil

Genentech: El fabricante del medicamento que les receta su médico. Genentech se compromete a ayudar a los pacientes a obtener el medicamento que les recetó su médico. Cuando se utiliza en este formulario, “Genentech” se refiere a Genentech, la Genentech Patient Foundation y sus respectivos socios, filiales, subcontratistas y agentes.

MySMA Support™: El equipo de apoyo de Genentech que trabaja con su médico y su plan de seguro médico para ayudarle a comprender su cobertura de seguro y obtener su medicamento Evrysdi recetado. El equipo de Genentech MySMA incluye a su Administrador de Casos (Case Manager, CM), farmacia especializada y un Enlace de Asociación y Acceso (Partnership and Access Liaison, PAL).

Apoyo Adicional de Enlace de Asociación y Acceso (PAL): Un representante local de Genentech que ofrece formación **opcional** sobre la enfermedad y apoyo al producto para los pacientes sin costo alguno para ellos. Esto puede incluir artículos o materiales que expliquen la dosificación y administración del producto para su uso cuando se viaja y también puede incluir materiales de comercialización e información sobre productos, servicios y programas de Genentech. Tenga en cuenta que los PAL no forman parte de su equipo médico, no proporcionan asesoramiento médico y no sustituyen a su proveedor de atención médica. El proveedor de atención médica siempre debe ser el principal recurso para cualquier pregunta sobre su salud y atención médica.

Administrador de Casos (CM): El representante de Genentech que colabora estrechamente con su proveedor de atención médica y otros miembros del equipo de MySMA Support, para ayudarle a comprender su cobertura de seguro médico y las posibles opciones de apoyo financiero para Evrysdi.

Farmacia especializada (SP): Una farmacia especializada suministra determinados medicamentos a los pacientes. Algunos planes exigen que utilice una determinada farmacia

especializada para recibir sus medicamentos. Las farmacias especializadas envían sus medicamentos a la consulta de su médico o a su domicilio. También pueden ofrecer otros servicios, como derivaciones a asistencia financiera.

Genentech Patient Foundation: Un programa que proporciona medicamentos gratuitos de Genentech a personas que no tienen cobertura de seguro médico o que tienen problemas financieros y cumplen ciertos requisitos de elegibilidad.

Tamaño del hogar: Cantidad de personas que viven en su hogar, incluido usted.

Ingresos netos del hogar: Cuánto ganan actualmente al año usted y los miembros de su hogar menos las deducciones específicas. Esto también se conoce con frecuencia como sus Ingresos Brutos Ajustados o AGI (Adjusted Gross Income). Esta información es necesaria para determinar la elegibilidad de Genentech Patient Foundation.

Deducible: El monto que paga de su bolsillo por servicios de atención de la salud o medicamentos antes de que su plan de seguro médico comience a pagar.

Gastos de bolsillo: La cantidad que el plan de seguro médico no paga y que usted debe pagar por sus tratamientos. Esto incluye primas, deducibles, copagos y coseguro.

Asistencia con copagos: Programas disponibles para ayudar a los pacientes elegibles a pagar sus medicamentos.

Contacto alternativo: Alguien que elige para que sea su persona de contacto si Genentech MySMA Support no puede ponerse en contacto con usted. Un Contacto Alternativo no puede ser una persona asociada o un representante de su compañía de seguros, empleador, o un socio comercial de su compañía de seguros o empleador.

Representante legalmente autorizado: Una persona física o judicial u otro organismo autorizado en virtud de la legislación aplicable para dar su consentimiento en nombre de un paciente (p. ej., progenitor o tutor legal de un menor).

Términos y Condiciones de Genentech Patient Foundation

- Si recibo medicamentos gratuitos de Genentech Patient Foundation, no venderé ni donaré el medicamento porque es ilegal hacerlo. Soy responsable de asegurarme de que el medicamento se envíe a una dirección segura cuando se me envíe, y de que controlo cualquier medicamento que reciba
- Entiendo que, para los fines de una auditoría, Genentech Patient Foundation puede pedirme una copia de mi formulario 1040 del IRS u otra prueba de ingresos
- Algunos planes de seguros y/o empleadores se asocian con organizaciones conocidas como programas de financiación alternativos. Dichos acuerdos requieren que los pacientes se apliquen a Genentech Patient Foundation como condición o requisito previo para la cobertura de los productos relevantes de Genentech. Estos programas de financiación alternativos incluyen SHARx, Paydhealth y Payer Matrix, entre otros. Pacientes cuyos planes de seguro y/o empleadores utilicen un programa de financiación alternativo no son elegibles para el apoyo de Genentech Patient Foundation
- Reconozco que, según mi leal saber y entender, ni mi plan de seguro ni mi empleador (1) me exigieron presentar una solicitud a Genentech Patient Foundation y/u (2) cambiaron u ocultaron mi cobertura de seguro de mi medicamento de Genentech para que yo pareciera estar insuficientemente asegurado y ser elegible para recibir el apoyo de Genentech Patient Foundation. No presento una solicitud a Genentech Patient Foundation en nombre de alguien cuyo plan de seguro y/o los socios del empleador tiene un programa de financiación alternativo. El Contacto Alternativo que figura en mi solicitud (si lo hay) no está asociado con un representante de mi compañía de seguros, empleador o socio comercial de mi compañía de seguros o empleador. Si posteriormente me entero de que mi plan de seguros y/o empleador utiliza un programa de financiación alternativo, me comprometo a informar inmediatamente a Genentech Patient Foundation y entiendo que ya no seré elegible para obtener el apoyo

Autorización para Usar y Divulgar Información Personal

Autorizo a mi(s) médico(s) y a su personal, farmacias y plan de seguro médico (mis “proveedores de atención médica”) a compartir mi información personal, que puede incluir información de contacto, información demográfica, información financiera e información relacionada con mi afección médica, tratamientos, seguro médico y beneficios, con Genentech, Genentech Patient Foundation y sus respectivos socios, filiales, subcontratistas y agentes (en conjunto, “Genentech”). Autorizo a Genentech a recibir, utilizar y compartir mi información personal para proporcionarme acceso a los productos, servicios y programas descritos en este formulario, que pueden incluir lo siguiente:

- Trabajar con mi plan de seguro médico para comprender o verificar la cobertura de los productos Genentech
- Presentar una solicitud a Genentech Patient Foundation
- Determinar mi elegibilidad y facilitar la inscripción en servicios de asistencia financiera si soy elegible, incluida la asistencia de copago
- Coordinar mi receta a través de una farmacia, lugar de infusión y/o consulta del proveedor de atención médica. Esto incluye ponerse en contacto conmigo para hablar sobre mi cobertura, costos y elegibilidad para recibir asistencia y otros fines de administración del programa
- Facilitar mi acceso a los productos Genentech
- Garantizar la calidad y la seguridad y mejorar nuestros productos y servicios
- Ponerse en contacto conmigo por correo postal, correo electrónico, llamadas telefónicas y mensajes de texto al/a los número(s) y dirección/direcciones proporcionados con fines no comerciales
- Si acepto el Consentimiento **opcional** para Recursos e Información para el Paciente, proporcionarme información **opcional** sobre la enfermedad y material de comercialización sobre productos, servicios y programas ofrecidos por Genentech, sus socios y sus respectivas filiales. Esto incluye los servicios **opcionales** o la contratación de Genentech MySMA Support, que puede incluir la difusión por parte de un PAL. Esto no es necesario para recibir ayuda de Genentech MySMA Support para comprender la cobertura del seguro médico y los posibles programas de apoyo financiero
- Si acepto optar por recibir comunicaciones de comercialización con marcado automático y mensajes de texto, me comunico mediante llamadas de marcado automático y/o mensajes de texto al/a los número(s) de teléfono que he proporcionado con fines de comercialización, incluso desde un PAL. Esto no es necesario para recibir ayuda de Genentech MySMA Support para comprender la cobertura del seguro médico y los posibles programas de apoyo financiero

Entiendo que esto incluirá compartir y utilizar información sobre mí que podría considerarse información personal confidencial, como afecciones médicas, pero que el uso de esta información por parte de Genentech es necesario para determinar si califico y para administrar los beneficios y servicios para los que estoy solicitando. Entiendo que Genentech también puede compartir mi información personal, incluida la información personal confidencial, para los fines descritos en esta autorización con mis proveedores de atención médica, proveedores de servicios y cualquier persona que pueda designar como contacto alternativo. Entiendo que mi farmacia puede recibir un pago u otra remuneración por divulgar mi información personal conforme a esta autorización. Puedo optar por no firmar esta autorización, pero Genentech no podrá proporcionarme los servicios sin ella. Sin embargo, mis proveedores de atención médica no pueden condicionar mi tratamiento o mi pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios al firmar esta autorización.

También entiendo y acepto que:

- Esta autorización es válida durante 6 años a partir de la fecha en que firmo o de la fecha en que me inscribí por última vez, lo que ocurra primero, a menos que la ley exija un período más corto, o la revoque antes
- Es posible que mi información personal divulgada en virtud de esta autorización ya no esté protegida por las leyes estatales y federales, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Sin embargo, Genentech solo utilizará y compartirá mi información personal para los fines indicados en esta autorización o según lo permita la ley
- Tengo derecho a revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a: Genentech Access Solutions, 1 DNA Way, South San Francisco, CA 94080-4990 o llamando al **(866) 422-2377**. Si revoco esta autorización, ya no calificaré para los servicios descritos. Si un proveedor de atención médica está divulgando mi información personal a Genentech de forma autorizada y continua, mi revocación será efectiva con respecto a dicho proveedor de atención médica cuando reciba una notificación de mi revocación. Mi revocación no afectará a los usos y divulgaciones de mi información personal que ya se hayan producido en función de esta autorización
- Puede encontrar más información sobre mis derechos de privacidad, incluidos derechos específicos que pueda tener como residente de ciertos estados, en la **Política de Privacidad de Genentech** (www.gene.com/privacy-policy)
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización

Información del Paciente (a cumplimentar por el paciente o su representante legalmente autorizado)

***Nombre:** _____ ***Apellido:** _____

Teléfono particular: () - Teléfono celular: () -

☐ ¿Esta bien dejarle un mensaje detallado? Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): / /

Correo electrónico: _____ Idioma preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Contacto Alternativo (opcional) Nombre completo: _____

Relación: _____ Teléfono: () -

1

Elegibilidad Financiera: Completar solo si está aplicando a Genentech Patient Foundation

Al completar esta sección, acepto los Términos y Condiciones de Genentech Patient Foundation descritos en la página 2.

Tamaño del hogar (incluido usted): _____

Ingresos anuales del hogar: _____

2

Consentimiento para Recursos e Información para el Paciente (OPCIONAL)

Genentech ofrece educación sobre enfermedades y apoyo a productos para pacientes, incluidos artículos o materiales de comercialización que explican el producto y cómo tomarlo, su uso cuando viaja con el producto y otra información sobre productos, servicios y programas de Genentech. No tiene que inscribirse para estos recursos y apoyo para obtener ayuda con su cobertura de seguro o para obtener información sobre las opciones de asistencia financiera. Registrarse aquí permite que nos pongamos en contacto con usted utilizando la información que proporciona en este formulario. Estos materiales de comercialización y apoyo son opcionales, gratuitos y pueden ser proporcionados por un PAL, los socios de Genentech y sus respectivas filiales. Los PAL no proporcionan asesoramiento médico. El proveedor de atención médica siempre debe ser el principal recurso para cualquier pregunta sobre su salud y atención médica.

☐ Al marcar esta casilla, acepto recibir materiales educativos sobre enfermedades y servicios de apoyo a productos, incluida la divulgación por parte de un PAL. Entiendo que no tengo que aceptar esta oferta y que mi decisión no afecta a la recepción de mi información sobre medicamentos o apoyo financiero. Puede ser necesario utilizar mi información personal confidencial para proporcionarme material relevante. También entiendo que puedo optar por no recibir esta información en cualquier momento llamando al **(877) 436-3683**.

☐ Al marcar esta casilla, acepto recibir llamadas de marcado automático y mensajes de texto, que pueden incluir comunicaciones de comercialización sobre Evrysdi de y en nombre de Genentech, incluso de un PAL, al/a los número(s) de teléfono proporcionados. Entiendo que elegir recibir estos mensajes es voluntaria y no es un requisito de ninguna compra o inscripción en el programa. La frecuencia de los mensajes puede variar. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Puedo excluirme en cualquier momento enviando un mensaje de texto con la palabra STOP o llamando al **(877) GENENTECH/(877) 436-3683**. También acepto la **Política de Privacidad** (www.gene.com/privacy-policy) y los **Términos y Condiciones de SMS** (www.gene.com/terms-conditions/sms-text-message-program-terms-conditions).

3

Al firmar este formulario, reconozco que he proporcionado información precisa y completa y que entiendo y acepto los términos de este formulario. Mi firma certifica que he leído, comprendido y acepto la divulgación y el uso de mi información personal, incluida la información personal confidencial, de conformidad con la Autorización para Usar y Divulgar Información Personal y según se indique en este formulario.

OBLIGATORIO

**Firme y
feche aquí**

***Firma del Paciente/Representante Legalmente Autorizado**
(Un progenitor o tutor debe firmar para los pacientes menores de 18 años)

***Fecha de la firma**
(MM/DD/AAAA)

**Persona que firma
(si no es paciente)**

Nombre en letra de imprenta

Apellido en letra de imprenta

Relación con el paciente

Una vez completada esta página (4/4), envíe una foto de la página al (650) 877-1111 o envíela por fax al (833) 387-9700. También puede completar este formulario en línea en www.evrysdi.com/forms.

Si se trata de un consentimiento electrónico, usted entiende que al escribir su nombre y fecha arriba y enviar, o tomar una foto y enviárnosla, usted está otorgando su consentimiento electrónicamente y que tiene la misma fuerza y efecto que si estuviera firmando en persona en papel. Genentech se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar el programa sin previo aviso en cualquier momento.

SUBMISSION ID: 4199080
DATE OF TRANSLATION: 5-Oct-23
ELECTRONIC FILE NAME: M-US-00003364(v5.0) Evrysdi Start Form - Spanish [Derived from English version M-US-00001154(v7.0)]
SOURCE LANGUAGE: English (United States)
TARGET LANGUAGE: Spanish (United States)
TRANSPERFECT JOB ID: US1696726

TransPerfect is globally certified under the standards ISO 9001:2015, ISO 17100:2015, and ISO 18587:2017. This Translation Certificate confirms the included documents have been completed in conformance with the Quality Management System documented in its ISO process maps and are, to the best knowledge and belief of all TransPerfect employees engaged on the project, full and accurate translations of the source material.

TRANSPERFECT TRANSLATIONS INTERNATIONAL, INC.
TRANSPERFECT GLOBAL HQ
1250 BROADWAY, 32ND FLOOR, NEW YORK, NY 10001

Instructions for Patients

By completing this form, you can:



Learn about your health insurance coverage and financial assistance options through Genentech MySMA Support™



Sign up to receive **optional** disease education and other materials, including **optional** services from Genentech MySMA Support

You can choose not to sign this form. However, Genentech cannot provide you with your health insurance benefits investigation and other financial assistance options without your signed authorization on page 4. Enrollment in this program does not impact your ability to gain access to Evrysdi from your health care provider or health insurance plan.

▶ Please follow these steps to get started:

- 1** Read "Authorization to Use and Disclose Personal Information" on page 3.
- 2** Sign and date page 4. Please note you must sign the form to get support for your treatment.
- 3** Send in your completed form using one of the options below.

Genentech can start supporting you when **page 4** of this form is submitted by you or your doctor's office in one of the following ways:



Complete online by scanning this QR code or visiting
www.evrysdi.com/forms

OR



Print, complete, take a photo and text it to
(650) 877-1111

OR



Print, complete and fax it to
(833) 387-9700

Please write legibly and complete all **required fields (*)** on the Evrysdi Start Form to avoid any delays.

Please note: Your doctor has to complete the Evrysdi Prescriber Service Form before we can begin helping you.

If you have any questions, talk to your health care provider or call (833) 387-9734.

Helpful Terminology

Genentech: The maker of the medicine your doctor wants to prescribe. Genentech is committed to helping patients get the medicine their doctor prescribed. When used on this form, “Genentech” refers to Genentech, Genentech Patient Foundation, and their respective partners, affiliates, subcontractors and agents.

MySMA Support™: Your support team at Genentech that works with your doctor and your health insurance plan to help you understand your insurance coverage and get your prescribed Evrysdi medicine. The Genentech MySMA team includes your Case Manager (CM), specialty pharmacy, and a Partnership and Access Liaison (PAL).

Additional Partnership and Access Liaison (PAL)

Support: A local representative from Genentech that offers **optional** disease education and product support for patients at no cost to them. This may include items or materials explaining product dosing and administration for use when traveling and may also include marketing materials and information about Genentech products, services and programs. Please keep in mind that PALs are not part of your medical team, do not provide medical advice and are not substitutes for your health care provider. Your health care provider should always be your main resource for any questions about your health and medical care.

Case Manager (CM): The Genentech representative that partners closely with your health care provider, and other members of the MySMA Support team, to help you understand your health insurance coverage and potential financial support options for Evrysdi.

Specialty pharmacy (SP): An SP supplies certain medicines for patients. Some plans require you to use a certain SP to receive your medicine. SPs send your

medicine to your doctor’s office or your home. They may also offer other services, such as referrals to financial assistance.

Genentech Patient Foundation: A program that gives free Genentech medicine to people who don’t have health insurance coverage or who have financial concerns and meet certain eligibility criteria.

Household size: Number of people living in your household, including you.

Net household income: How much you and the members of your household currently make each year minus specific deductions. This is also frequently referred to as your Adjusted Gross Income or AGI. This information is needed to determine Genentech Patient Foundation eligibility.

Deductible: The amount you pay for your health care services or medicines out of pocket before your health insurance plan begins to pay.

Out-of-pocket costs: The amount not paid by the health insurance plan that you must pay for your treatment. This includes premiums, deductibles, co-pays and co-insurance.

Co-pay assistance: Programs available to help eligible patients pay for their medicines.

Alternate contact: Someone you choose to be your contact person if Genentech MySMA Support cannot reach you. An Alternate Contact may not be an individual associated with or a representative of your insurance company, employer, or a business partner of your insurance company or employer.

Legally authorized representative: An individual or judicial or other body authorized under applicable law to consent on behalf of a patient (e.g., parent or legal guardian of a minor).

Terms and Conditions of the Genentech Patient Foundation

- If I receive free medicine from the Genentech Patient Foundation, I will not sell or give out the medicine because it is illegal to do so. I am responsible to ensure that the medicine is sent to a secure address when shipped to me, and I must control any medicine that I receive
- I understand that, for purposes of an audit, the Genentech Patient Foundation could ask me for a copy of my IRS 1040 form or other proof of income
- Some insurance plans and/or employers partner with organizations known as alternate funding programs. Such arrangements require patients to apply to the Genentech Patient Foundation as a condition of, or prerequisite to, coverage of relevant Genentech products. These alternate funding programs include SHARx, Paydhealth, and Payer Matrix, among others. Patients whose insurance plans and/or employers use an alternative funding program are ineligible for support from the Genentech Patient Foundation
- I acknowledge that, to the best of my knowledge, neither my insurance plan nor my employer (1) required me to apply to the Genentech Patient Foundation and/or (2) changed or hid my insurance coverage for my Genentech medicine to make me appear to be underinsured and eligible for support from the Genentech Patient Foundation. I am not applying to the Genentech Patient Foundation on behalf of someone whose insurance plan and/or employer partners with an alternative funding program. The Alternate Contact listed on my application (if any) is not associated with or a representative of my insurance company, employer, or a business partner of my insurance company or employer. If I subsequently learn that my insurance plan and/or employer uses an alternative funding program, I agree to inform the Genentech Patient Foundation immediately and understand that I will no longer be eligible for support

Authorization to Use and Disclose Personal Information

I authorize my physician(s) and their staff, pharmacies, and health insurance plan (my “health care providers”) to share my personal information, which may include contact information, demographic information, financial information, and information related to my medical condition, treatments, and health insurance and benefits, with Genentech, Genentech Patient Foundation, and their respective partners, affiliates, subcontractors, and agents (together, “Genentech”). I authorize Genentech to receive, use, and share my personal information in order to provide me with access to the products, services, and programs described on this form, which may include the following:

- Working with my health insurance plan to understand or verify coverage for Genentech products
- Applying to the Genentech Patient Foundation
- Determining my eligibility for and facilitating enrollment into financial assistance services if I’m eligible, including co-pay assistance
- Coordinating my prescription through a pharmacy, infusion site and/or health care provider’s office. This includes contacting me to discuss my coverage, costs and eligibility for assistance and other program administration purposes
- Facilitating my access to Genentech products
- Ensuring quality and safety and improving our products and services
- Contacting me by mail, e-mail, telephone calls and text messages at the number(s) and address(es) provided for non-marketing purposes
- If I agree to the **optional** Consent for Patient Resources and Information, providing me with **optional** disease information and marketing material about products, services and programs offered by Genentech, its partners and their respective affiliates. This includes **optional** services or engagement from Genentech MySMA Support, which may include outreach by a PAL. This is not required to receive help from Genentech MySMA Support with understanding health insurance coverage and potential financial support programs
- If I agree to opt into marketing autodialed and texted communications, contacting me by autodialed calls and/or text messages at the phone number(s) I have provided for marketing purposes, including from a PAL. This is not required to receive help from Genentech MySMA Support with understanding health insurance coverage and potential financial support programs

I understand that this will include sharing and use of information about me that could be considered sensitive personal information, such as health conditions, but that the use of this information by Genentech is necessary to determine if I qualify for and to administer the benefits and services for which I am applying. I understand that Genentech may also share my personal information, including sensitive personal information, for the purposes described on this authorization with my health care providers, service providers, and any individual I may designate as an alternate contact. I understand that my pharmacy may receive payment or other remuneration for disclosing my personal information pursuant to this authorization. I can choose not to sign this authorization, but Genentech will not be able to provide the services to me without it. However, my health care providers may not condition either my treatment or my payment, enrollment, or eligibility for benefits on signing this authorization.

I also understand and agree that:

- This authorization is valid for 6 years from the date I sign or the date I last enrolled, whichever comes first, unless a shorter period is required by law, or I revoke it earlier
- My personal information released under this authorization may no longer be protected by state and federal law, including the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). However, Genentech will only use and share my personal information for the purposes stated on this authorization or as otherwise permitted by law
- I have the right to revoke (cancel) this authorization at any time by submitting a written notice to: Genentech Access Solutions, 1 DNA Way, South San Francisco, CA 94080-4990 or by calling **(866) 422-2377**. If I revoke this authorization, I will no longer be eligible for the services described. If a health care provider is disclosing my personal information to Genentech on an authorized, ongoing basis, my revocation will be effective with respect to such health care provider when they receive notice of my revocation. My revocation will not impact uses and disclosures of my personal information that have already occurred in reliance on this authorization
- More information on my privacy rights, including specific rights I may have as a resident of certain states, can be found in Genentech’s **Privacy Policy** (www.gene.com/privacy-policy)
- I have a right to receive a copy of this authorization

Patient Information (to be completed by patient or their legally authorized representative)

*First name: _____ *Last name: _____

Home phone: () - Cell phone: () -

☐ OK to leave a detailed message? Date of birth (MM/DD/YYYY): / /

Email: _____ Preferred language: ☐ English ☐ Spanish ☐ Other: _____

Alternate Contact (optional) Full name: _____

Relationship: _____ Phone: () -

1

Financial Eligibility: Complete **only** if you are applying to the Genentech Patient Foundation

By completing this section, I am agreeing to the Terms and Conditions of the Genentech Patient Foundation outlined on page 2.

Household size (including you): _____

Annual household income: _____

2

Consent for Patient Resources and Information (OPTIONAL)

Genentech offers disease education and product support for patients, including items or marketing materials explaining the product and how to take it, use when traveling with the product and other information about Genentech products, services and programs. You do not have to sign up for these resources and support to get help with your insurance coverage or to learn about financial assistance options. Signing up here allows you to be contacted using the information you provide on this form. These marketing materials and support are **optional**, free and may be provided by a PAL, Genentech's partners and their respective affiliates. PALs do not provide medical advice. Your healthcare provider should always be your main resource for any questions about your health and medical care.

☐ By checking this box, I agree to receive disease education materials and product support services, including outreach by a PAL. I understand that I don't have to opt into this offer and my decision does not affect receiving my medicine or financial support information. It may be necessary to use my sensitive personal information to provide me with relevant material. I also understand that I may opt out of receiving this information at any time by calling (877) 436-3683.

☐ By checking this box, I agree to receive autodialed calls and text messages, which may include marketing communications about Evrysdi from and on behalf of Genentech, including from a PAL, at the phone number(s) provided. I understand that choosing to receive these messages is voluntary and is not a requirement of any purchase or program enrollment. Message frequency may vary. Message and data rates may apply. I may opt out at any time by texting STOP or calling (877) GENENTECH/(877) 436-3683. I am also agreeing to the **Privacy Policy** (www.gene.com/privacy-policy) and **SMS Terms & Conditions** (www.gene.com/terms-conditions/sms-text-message-program-terms-conditions).

3

By signing this form, I acknowledge that I have provided accurate and complete information and understand and agree to the terms of this form. My signature certifies that I have read, understood, and agree to the release and use of my personal information, including sensitive personal information, pursuant to the Authorization to Use and Disclose Personal Information and as otherwise stated on this form.

REQUIRED

Sign and date here

*Signature of Patient/Legally Authorized Representative
(A parent or guardian must sign for patients under 18 years of age)

*Date signed
(MM/DD/YYYY)

Person signing
(if not patient)

Print first name

Print last name

Relationship to patient

Once this page (4/6) has been completed, please text a photo of the page to (650) 877-1111 or fax to (833) 387-9700.

You can also complete this form online at www.evrysdi.com/forms.

If this is an electronic consent, you understand that by typing your name and the date above and submitting, or taking a picture and sending to us, that you are providing your consent electronically and that it has the same force and effect as if you were signing in person on paper. Genentech reserves the right to rescind, revoke or amend the program without notice at any time.

Instructions for Health Care Providers

By completing this form, you are requesting services on behalf of your patient, which may include:



Insurance benefits investigation



Resources for prior authorizations and appeals



Referrals of eligible patients to co-pay support options or the Genentech Patient Foundation

▶ To enroll your patient, please follow these steps:

- 1** Have your patient read pages 2 and 3.
- 2** Have your **patient complete the Patient Information on page 4** and sign and date Section 3:
 - Only the Patient Information and Section 3 are required for insurance coverage and financial assistance options support
 - If your patient is requesting free medicine from the Genentech Patient Foundation, they should also complete Section 1
 - If your patient is requesting **optional** disease education and other material, including **optional** services from Genentech MySMA Support™, they should also complete Section 2
- 3** Complete page 6 and sign and date Section 7.
- 4** Submit pages 4 and 6 of the Start Form via fax to (833) 387-9700 or eSubmit at www.evrysdi.com/forms. Page 4 of the Start Form can also be submitted by text to (650) 877-1111 as indicated on page 1.

Please write legibly and complete all **required fields (*)** on the Evrysdi Start Form to avoid any delays.

Prescriber Service Form (to be completed by the prescriber)

Step 1 Patient Information

*First name: _____ *Last name: _____ Gender: ☐ Male ☐ Female
 *Date of birth (MM/DD/YYYY): ____/____/____ Preferred language: ☐ English ☐ Spanish ☐ Other: _____
 Street: _____ Apt: _____ City: _____ *State: _____ ZIP: _____
 Home phone: (____) _____ - _____ Cell phone: (____) _____ - _____ ☐ Do not contact patient
 Alternate contact name: _____ Relationship: _____ Alt. phone: (____) _____ - _____

Step 2 Insurance Information

Is the patient insured? ☐ Yes ☐ No If patient is uninsured, please refer to the Genentech Patient Foundation.

If insured, please fill out the information below or attach a copy of the patient's medical and prescription insurance cards.

Primary Insurance		Secondary Insurance	Pharmacy Benefit
Insurance name			
Subscriber name (if not patient)			
Subscriber/Policy ID #			
Group #			
Insurance phone			

☐ Patient is currently pursuing coverage for their medicine, and currently experiencing a gap in therapy.

Current gap in coverage: ☐ Pending prior authorization ☐ Pending appeal ☐ Pending establishment of coverage

Step 3 Evrysdi Start Program (Signature Required)

Dispense: 1-shipment supply. ☐ _____ mg (____ mL) once daily OR ☐ 5 mg (6.6 mL) once daily
☐ 1-time refill. Weight-based dosing will require a new Rx.

☐ Your signature authorizes the specialty pharmacy to dispense needed ancillary supplies for enteral administration of this medication, such as: ENFit® adapters, oral syringes, cassettes, administration sets and tubing.

For full eligibility criteria and Terms and Conditions, please visit www.genentech-pro.com/starter or speak to your Evrysdi representative. Genentech reserves the right to rescind, revoke or amend the Programs without notice at any time.

Step 4 Diagnosis and Clinical Information

*Diagnosis code(s): ☐ G12.0 Infantile spinal muscular atrophy, type I ☐ G12.1 Other inherited spinal muscular atrophy
☐ G12.9 Spinal muscular atrophy, unspecified ☐ Other: _____

SMA type: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 SMN2 copy number: _____ Patient weight: _____ lbs ☐ kgs Date measured ____/____/____

Has patient taken Evrysdi? ☐ Yes ☐ No Expected Evrysdi treatment start date: ____/____/____

Previous therapy: ☐ Spinraza® (nusinersen) last dose: ____/____/____ ☐ Zolgensma® (onasemnogene abeparvovec-xioi) last dose: ____/____/____

☐ Other: _____ last dose: ____/____/____ ☐ Drug and non-drug allergies: _____ ☐ No known allergies

Step 5 Prescription Information

Strength	Directions	Route	Quantity	Refills
Evrysdi® (risdiplam) 0.75 mg/mL 80 mL (in 100-mL bottle)	☐ _____ mg (____ mL) once daily ☐ 5 mg (6.6 mL) once daily ☐ SIG: _____	☐ Oral ☐ Feeding tube Type: _____	☐ 1-month supply ☐ Other: _____	

Step 6 Prescriber Information

*First name: _____ *Last name: _____ *Practice name: _____

*Street: _____ Suite: _____ *City: _____ *State: _____ *ZIP: _____

Prescriber tax ID #: _____ Prescriber NPI† #: _____ Group NPI† #: _____

Office contact: _____ Contact phone: (____) _____ - _____ Contact fax: (____) _____ - _____

If you are a resident of a US state that provides certain rights with respect to your personal information, a complete description of the personal information we may collect and process, the purposes for which it is used by Genentech, and your rights under your state's privacy laws concerning your personal information can be found in our privacy notice at www.gene.com/privacy-policy.

Step 7 Health Care Provider Certification

By submitting this form, I certify: (a) The above therapy is medically necessary for this patient and the treatment decision has been made by the prescribing physician. (b) If the indication for which I am prescribing a Genentech product is not listed in the FDA-approved label, I am prescribing the medication for an "unapproved" use, meaning that the FDA has not approved the efficacy, dosage amount or safety of this medication for such a use. (c) I received the authorization to release the information above and other protected health information (as defined by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 [HIPAA]) to Genentech, Inc., Genentech Access Solutions, the contracted dispensing pharmacy, or other contractors for the purpose of requesting reimbursement support, assisting in initiating or continuing therapy, as a break in treatment would negatively impact the patient's therapeutic outcome and (d) My patient meets the criteria for the Genentech Patient Foundation and to the best of my knowledge, this patient has no prescription insurance coverage (including Medicaid, Medicare, or other public or private programs) for the Genentech medicine listed above, or is unable to afford the cost-sharing requirements associated with his/her insurance coverage for this medication. If the patient is enrolled in an insurance plan, the plan does not require the patient's application to the Genentech Patient Foundation and/or has not changed or hidden the patient's coverage for the Genentech medicine to make them appear to be underinsured and eligible for the Genentech Patient Foundation. (e) The services you are requesting on behalf of the patient, may include benefits investigation (BI), prior authorization support (PA), co-pay card and co-pay assistance foundation referral. (f) No action on these services will be taken until the patient consent document has been received. (g) Prescribers must comply with all state-specific prescription requirements, such as e-prescribing, state-specific prescription form, fax language, etc. Noncompliance with state-specific requirements could result in outreach to the prescriber. (h) My patient meets the criteria for Genentech Patient Foundation (GPF). (i) I understand that Genentech reserves the right to modify or discontinue the program at any time and to verify the accuracy of information submitted. (j) I understand that the GPF does not provide free drug in the instance of an administrative error or a coverage restriction, such as a step edit. For certain products where the step edit may not be medically appropriate, as confirmed by the prescribing physician, the GPF may consider support following 1 level of appeal.



Sign, date & fax to
(833) 387-9700

*Prescriber Signature — Dispense as Written
(Original signature required)

*Date

*Prescriber Signature — Generic Substitution Permitted
(Original signature required)

*Date

†National Provider Identifier.

All trademarks and trade names are the property of their respective owners.

