

Instrucciones para los Pacientes

Al completar este formulario usted puede:



Obtenga información sobre su cobertura del seguro de salud y opciones de asistencia financiera a través de Genentech MySMA Support™.



Inscríbese en otros servicios opcionales de Genentech MySMA Support que proporciona educación sobre enfermedades y otros recursos sobre los medicamentos de Genentech que le han recetado.

Podemos empezar a ayudarle una vez que usted, o bien su proveedor de atención médica en su nombre, nos envíen este formulario.

Puede decidir no firmar este formulario. Genentech no puede proporcionarle su investigación de beneficios de seguro y otras opciones de asistencia financiera sin su autorización firmada en la Sección A. La inscripción en este programa no afecta su capacidad de obtener acceso a Evrysdi de su proveedor de atención médica o su plan de salud.

Siga estos pasos para empezar:



Lea la sección “Acerca de Su Consentimiento” en la página 3.



Complete, firme y coloque la fecha en la página 4 del Formulario de Inicio para Evrysdi.

Por favor, escriba legiblemente y complete todos los campos obligatorios (*) en el Formulario de Inicio para Evrysdi para evitar retrasos. Genentech puede comenzar a darle asistencia cuando usted o el consultorio de su médico envíen la **Página 4** de este formulario en una de las siguientes maneras:



Complete en línea en
www.evrysdi.com/forms

O BIEN



Tome una fotografía y envíela por mensaje de texto al número
(650) 877-1111

O BIEN



Imprímalo, complételo y envíelo por fax al número
(833) 387-9700

Tenga en cuenta lo siguiente: Su médico tiene que rellenar el Formulario de Servicio de Prescripción de Evrysdi antes de que podamos empezar a ayudarlo.

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

Terminología Útil

Genentech: El fabricante del medicamento que su proveedor quiere recetarle. Genentech se compromete a ayudar a los pacientes a obtener el medicamento que su proveedor les recetó.

MySMA Support™: Su equipo de apoyo de Genentech que trabaja con su médico y su plan de seguro médico para ayudarle a obtener su terapia recetada de Evrysdi. Los servicios opcionales de MySMA Support también pueden proporcionar educación sobre la enfermedad y recursos relevantes. Este equipo incluye su Enlace de Asociación y Acceso (Partnership and Access Liaison, PAL), el Administrador de Casos (Case Manager, CM) y la farmacia especializada (specialty pharmacy, SP).

Enlace de Asociación y Acceso (PAL): Es su recurso que proporciona información sobre cómo administrar correctamente Evrysdi. Los PALs también pueden proporcionar educación sobre el perfil de seguridad y eficacia de Evrysdi, el proceso de aprobación del seguro, los servicios de apoyo financiera y más. Los servicios de PAL se ofrecen en persona y de forma virtual. Solo su proveedor de atención médica puede brindarle asesoría médica sobre su enfermedad y tratamiento.

Administrador de Casos (CM): El representante de Genentech que se asocia estrechamente con su PAL y su proveedor de atención médica para ayudarlo a comprender la cobertura de su seguro de salud y opciones potenciales de apoyo financiera para Evrysdi.

Farmacia especializada (SP): Las farmacias especializadas administran medicamentos que necesitan un manejo o almacenamiento especial, como Evrysdi. La SP le enviará directamente su Evrysdi. Antes de enviar su Evrysdi mensual, la SP llamará para confirmar su dirección y otra logística. Es muy importante que responda la llamada de la SP para evitar demoras en recibir su tratamiento.

Genentech Patient Foundation: Un programa que da medicamentos de Genentech gratis a personas que no tienen cobertura de seguro médico o que tienen problemas financieros y que cumplen con ciertos criterios de elegibilidad.

Tamaño del hogar: La cantidad de personas que viven en su hogar, incluyéndolo a usted.

Ingreso del hogar: La cantidad que usted y los miembros de su familia ganan cada año menos las deducciones específicas. Esto también se conoce frecuentemente como su ingreso bruto ajustado (adjusted gross income) o AGI. Esta información es necesaria y se utiliza sólo para determinar la elegibilidad para Genentech Patient Foundation.

Deducible: La cantidad que usted paga por sus servicios de atención médica o medicamentos de su bolsillo antes de que su plan de seguro médico comience a pagar.

Costos de bolsillo: El monto no pagado por su plan de seguro que usted debe pagar por su tratamiento. Esto incluye deducibles, copagos y coseguros.

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

Contacto alternativo: Alguien que usted elige para que sea su persona de contacto en caso de que Genentech MySMA Support no pueda contactarlo.

Información personal identificable (Personally identifiable information, PII): Cualquier información que pueda usarse para identificarlo directa o indirectamente a usted o su hogar. Puede incluir su nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, información financiera, afección médica o información sobre sus beneficios de salud o cobertura de seguro.

Si recibo medicamentos Genentech gratis de Genentech Patient Foundation

- No venderé ni donaré estos medicamentos, ya que es ilegal hacerlo. Soy responsable de asegurarme de que estos medicamentos lleguen a una dirección segura cuando se me envíen, y debo controlar cualquier medicamento de Genentech que reciba
- Comprendo que, a los fines de una auditoría, Genentech Patient Foundation me podría solicitar una copia del formulario IRS 1040 u otro comprobante de ingresos

Acerca de Su Consentimiento

Quién Puede Ver y Utilizar Mi PII

Autorizo a Genentech y/o Genentech Patient Foundation a (i) usar mi PII con el propósito de facilitar mi acceso a los productos de Genentech y prestar los servicios descritos a continuación, y (ii) divulgar mi PII a otras entidades que los asisten en estos servicios y a mi(s) proveedor(es) de atención médica, entidades de atención médica, farmacias y plan(es) de salud con el propósito de brindar estos servicios. Si resido en California, puedo encontrar información adicional sobre mis derechos de privacidad en la política de privacidad que se encuentra en el sitio web de Genentech (www.gene.com/privacy-policy).

Las razones para compartir y utilizar mi información pueden incluir:

- Trabajar con mi plan de atención médica para entender la cobertura de los productos Genentech
- Solicitar asistencia a Genentech Patient Foundation
- Determinar mi elegibilidad y suscripción para servicios de asistencia financiera, incluida la asistencia con los copagos
- Coordinar mis medicamentos recetados a través de una farmacia y/o un proveedor de atención médica
- Ofrecer recordatorios y educación sobre tratamientos

Ordeno y autorizo a mi médico, farmacia y a mi(s) plan(es) de salud a divulgar mi PII a Genentech y sus socios, según sea necesario para que Genentech brinde los servicios mencionados anteriormente. Comprendo que Genentech puede proporcionar una remuneración a mi farmacia a cambio de la divulgación de mi PII, siempre que el acuerdo de Genentech con mi farmacia prohíba la venta adicional de mi PII sin mi permiso.

Una vez que firme el Formulario de Consentimiento del Paciente y mi PII se transmita a Genentech y/o Genentech Patient Foundation, comprendo que es posible que la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) ya no proteja o prohíba la información de la PII divulgada por mi proveedor de atención médica u otros cubiertos por la legislación HIPAA a Genentech y/o Genentech Patient Foundation. Comprendo que Genentech y Genentech Patient Foundation se comprometen a proteger mi información y a mantenerla segura y confidencial mientras se colecta o se utiliza para ayudarme, y que el uso y la divulgación de mi información se limitará a lo descrito anteriormente. Puedo decidir no firmar este formulario, pero Genentech y Genentech Patient Foundation no podrán darme asistencia si no lo firmo. Sin embargo, es posible que mis proveedores de atención médica y seguro médico no condicionen ni mi tratamiento ni mi pago, suscripción o elegibilidad para recibir beneficios al firmar este formulario.

La extensión y los términos de este formulario

- Este formulario tiene una validez de 3 años desde la fecha en que lo firmo o la fecha de mi última suscripción, la que sea primero, a menos que la ley exija un periodo menor. Acepto que, si vivo en el estado de Maryland, este formulario será válido no más de 1 año a partir de la fecha en que lo firme
- Tengo derecho a cancelar esta autorización. Si decido cancelarla, esto implica que Genentech y/o Genentech Patient Foundation ya no usarán ni compartirán mi PII, pero esto no se aplicará a la PII que ya se usó o compartió o cuando sea requerido por la ley. Si resido en California, también tengo derecho a solicitar que Genentech y/o Genentech Patient Foundation eliminen mi PII, aunque la eliminación no es necesaria en ciertas circunstancias. Para cancelarla o solicitar su eliminación, debo enviar una notificación por escrito a Genentech. Se puede enviar por fax o por correo a Genentech, 1 DNA Way, Mail Stop #858a, South San Francisco, CA 94080-4990. Si cancelo y solicito la eliminación, sé que Genentech y Genentech Patient Foundation ya no podrán ayudarme con el acceso a mis productos Genentech
- Entiendo que, como paciente o firmante, tengo derecho a recibir una copia de este formulario firmado durante el tiempo que sea válido

Formulario de Consentimiento del Paciente – Para ser completado por el paciente o una persona legalmente autorizada por él/ella

*Nombre: _____ *Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____ Idioma preferido: Inglés Español Otro: _____

Teléfono fijo: (____) _____ - _____ Teléfono celular†: (____) _____ - _____

¿Está bien que le dejen un mensaje detallado? ¿Está bien que le envíen mensajes de texto?

Correo electrónico: _____

Nombre de contacto alternativo: _____

Relación: _____ Teléfono alternativo: (____) _____ - _____



Sección A

Se **requiere** el consentimiento del paciente mediante su firma para obtener información sobre el beneficio del seguro y asistencia financiera a través de Genentech MySMA Support™ y Genentech Patient Foundation. Al firmar esta sección, acepto los términos en la sección “Acerca de Su Consentimiento” en la página 3.

**Firme y
coloque la
fecha aquí**

_____/_____/_____
***Firma del Paciente o Persona Autorizada** ***Fecha**
Un padre o tutor debe firmar para los pacientes menores de 18 años de edad (MM/DD/AAAA)

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

Nombre en Letra de Imprenta Apellido en Letra de Imprenta Relación



Sección B

Consentimiento del paciente para suscribirse en Genentech MySMA Support **opcional**, que incluye educación sobre enfermedades, programas de apoyo, investigación y comunicaciones que se pueden considerar marketing. Comprendo que mi PII puede ser necesaria para que participe en estos programas.

**Firme y
coloque la
fecha aquí**

_____/_____/_____
Firma del Paciente o Persona Autorizada **Fecha**
Un padre o tutor debe firmar para los pacientes menores de 18 años de edad (MM/DD/AAAA)

†Al proporcionar mi número de teléfono y firmar la Sección B, autorizo a Genentech a utilizar marcadores automáticos, mensajes pregrabados y mensajes de voz artificial para comunicarse conmigo. Entiendo que estas llamadas/mensajes de texto pueden mencionar el nombre de los productos o servicios de Genentech, detalles sobre mi cobertura de seguro y el nombre de mi médico. Entiendo que no estoy obligado a aceptar ser contactado por teléfono o mensaje de texto como condición de cualquier compra de productos Genentech o suscripción.



Sección C

Información de elegibilidad financiera **requerida** para **Genentech Patient Foundation**. Al completar esta sección, certifico la información siguiente y estoy de acuerdo con los términos y condiciones de Genentech Patient Foundation que se detallan en la página 2.

Tamaño del hogar (incluyéndolo a usted): _____ Ingreso anual del hogar: Menos de \$75,000
 \$75,000–\$100,000 \$100,001–\$125,000 \$125,001–\$150,000 Más de \$150,000

**Firme y
coloque la
fecha aquí**

_____/_____/_____
Firma del Paciente o Persona Autorizada **Fecha**
Un padre o tutor debe firmar para los pacientes menores de 18 años de edad (MM/DD/AAAA)

Una vez que se ha completado esta página, envíe un mensaje de texto con una foto de la página 4 al número (650) 877-1111, o por fax al número (833) 387-9700. Este formulario también puede completarse en línea en www.evrysdi.com/forms.