

Instrucciones para los Pacientes

Al completar este formulario, usted puede:



Obtener más información sobre la cobertura de su seguro de salud y las opciones de ayuda financiera a través de Genentech MySMA Support™.



Registrarse para recibir información **opcional** sobre enfermedades y otros materiales, incluidos los servicios **opcionales** de Genentech MySMA Support.

Puede decidir no firmar este formulario. No obstante, Genentech no puede proporcionarle su investigación de beneficios del seguro ni otras opciones de ayuda financiera sin su autorización firmada en la página 4. La inscripción a este programa no afecta su capacidad para acceder a Evrydsi mediante su médico o su plan de salud.

► Siga estos pasos para empezar:

- 1** Lea la sección “Autorización para Usar y Divulgar Información Personal” en la página 3.
- 2** **Complete, firme y coloque la fecha** en la página 4 del Formulario de Inicio de Evrydsi. Tenga en cuenta que debe firmar el formulario para obtener asistencia con su tratamiento.
- 3** **Envíe** el formulario completo utilizando una de las opciones a continuación.

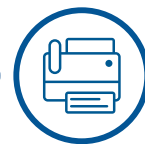
Genentech puede comenzar a darle asistencia cuando usted o el consultorio de su médico envíen **la página 4** de este formulario en una de las siguientes maneras:



Complete el formulario en línea escaneando este código QR o visitando www.evrydsi.com/forms



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



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

Escriba legiblemente y complete todos los **campos obligatorios (*)** del Formulario de Inicio de Evrydsi para evitar retrasos.

Tenga en cuenta: Su médico tiene que completar el Formulario de Servicio del Médico de Evrydsi 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 su médico quiere recetarle. Genentech se compromete a ayudar a los pacientes a obtener el medicamento que su médico les recetó. En este formulario, el término “Genentech” se refiere a Genentech, Genentech Patient Foundation y sus respectivos socios, afiliados, subcontratistas y agentes.

MySMA Support™: Su equipo de apoyo en Genentech que trabaja con su médico y su plan de seguro de salud para ayudarle a obtener su medicamento Evrysdi recetado. El equipo de Genentech MySMA incluye a su Administrador de Casos (Case Manager; CM, por sus siglas en inglés) y farmacia especializada (specialty pharmacy; SP, por sus siglas en inglés). Si se registra para servicios y materiales **opcionales**, también se incluye un Enlace de Asociación y Acceso (Partnership and Access Liaison; PAL, por sus siglas en inglés). Los servicios **opcionales** de MySMA Support también pueden proporcionar educación sobre enfermedades y recursos relevantes.

Enlace de Asociación y Acceso (PAL): Un punto de contacto local **opcional** de Genentech que apoya a las personas que toman Evrysdi. Los PAL están aquí para responder preguntas sobre Evrysdi, referirle a recursos útiles y ayudarle a comprender sus opciones de seguro y ayuda financiera. Un PAL no forma parte de su equipo médico y no reemplaza a su médico. Un PAL no proporcionan asesoramiento médico. Su médico siempre debe ser su recurso principal si tiene preguntas sobre su salud y atención médica.

Administrador de Casos (CM): El representante de Genentech que se asocia estrechamente con su médico y, si lo desea, con el PAL, para ayudarle a comprender la cobertura de su seguro de salud y opciones potenciales de ayuda 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 cada mes, la SP llamará para confirmar su dirección y otros aspectos

de la logística. Es muy importante que responda su llamada para evitar demoras en recibir su tratamiento.

Genentech Patient Foundation: Un programa que da medicamentos de Genentech gratis a personas elegibles que no tienen cobertura de seguro o que tienen problemas financieros.

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

Ingreso anual del hogar: La cantidad que usted y los miembros de su familia ganan actualmente cada año menos las deducciones específicas. Esto también se conoce frecuentemente como su ingreso bruto ajustado o AGI, por sus siglas en inglés. Esta información es necesaria y se utiliza solo para determinar la elegibilidad para Genentech Patient Foundation.

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

Costos de bolsillo: La cantidad no pagada por el 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 Access Solutions no pueda contactarlo.

Representante legalmente autorizado: Una persona o un funcionario judicial u otro organismo autorizado en virtud de la ley correspondiente para otorgar el consentimiento en nombre de un paciente (por ejemplo, un padre o el tutor legal de un menor).

Términos y Condiciones de Genentech Patient Foundation

- Si recibo medicamentos gratis de Genentech Patient Foundation, no los venderé ni distribuiré porque es ilegal. Soy responsable de asegurarme de que los medicamentos lleguen a una dirección segura cuando se me envíen, y debo controlar cualquier medicamento que reciba
- Comprendo que, a los fines de una auditoría, Genentech Patient Foundation podría solicitarme una copia del formulario 1040 del IRS u otro comprobante de ingresos

Autorización para Usar y Divulgar Información Personal

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

- Trabajar con mi plan de seguro médico para entender la cobertura de los productos Genentech
- Solicitar asistencia a Genentech Patient Foundation
- Determinar mi elegibilidad para servicios de asistencia financiera y facilitar mi inscripción a estos si reúno los requisitos, incluida la asistencia con los copagos
- Coordinar mis medicamentos recetados a través de una farmacia, un centro de infusión o el consultorio de un proveedor de atención médica. Esto incluye comunicarse conmigo para hablar sobre mi cobertura, mis costos y mi elegibilidad para recibir asistencia y otros fines administrativos del programa
- Facilitar mi acceso a los productos de Genentech
- Contactarse conmigo por correo postal, correo electrónico, llamadas telefónicas y mensajes de texto a las direcciones y los números proporcionados sin fines de marketing
- Si acepto el Consentimiento **opcional** para Recursos e Información para Pacientes, se me proporcionará información **opcional** sobre enfermedades y material de marketing sobre productos, servicios y programas ofrecidos por Genentech, sus socios y afiliados respectivos. Esto incluye servicios **opcionales** o comunicaciones desde Genentech MySMA Support, incluido posiblemente el contacto por parte de un PAL. Este consentimiento no es necesario para recibir ayuda de Genentech MySMA Support con el objetivo de comprender la cobertura del seguro de salud y los programas potenciales de ayuda financiera
- Si acepto el Consentimiento **opcional** según la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (TCPA, por sus siglas en inglés), me contactarán mediante llamadas automáticas y/o mensajes de texto al número o números de teléfono que he proporcionado con fines de marketing, incluidos los mensajes de texto de un PAL. Este consentimiento no es necesario para recibir ayuda de Genentech MySMA Support con el objetivo de comprender la cobertura del seguro de salud y los programas potenciales de ayuda financiera

Entiendo que Genentech también podría compartir mi información personal con los fines descritos en esta autorización con mis proveedores de atención médica, los proveedores de servicios y cualquier persona que yo designe como contacto alternativo. Entiendo que mi farmacia podría recibir un pago u otra remuneración por divulgar mi información personal conforme a esta autorización. Puedo decidir no firmar esta autorización, pero Genentech no podrá brindarme los servicios sin esta. Sin embargo, es posible que mis proveedores de atención médica no condicionen ni mi tratamiento ni mi pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios al firmar esta autorización.

También entiendo y acepto lo siguiente:

- Esta autorización tiene una validez de 6 años desde la fecha de mi firma o la fecha de mi última inscripción, lo que suceda primero, a menos que la ley exija un período menor, o que yo la revoque antes
- Mi información personal divulgada en virtud de esta autorización podría no continuar protegida por las leyes estatales y federales, entre otras, la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, HIPAA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, Genentech usará y compartirá mi información personal exclusivamente con los fines establecidos en esta autorización o según lo permita la ley
- Tengo derecho a revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito a: Genentech Access Solutions, 1 DNA Way, South San Francisco, CA 94080-4990. Si revoco esta autorización, ya no reuniré los requisitos para recibir los servicios descritos. Si un proveedor de atención médica divulga mi información personal a Genentech de forma continua y autorizada, mi revocación será válida en relación con dicho proveedor de atención médica cuando este reciba el aviso de mi revocación. Mi revocación no afectará el uso ni la divulgación de mi información personal que ya haya tenido lugar conforme a esta autorización
- La política de privacidad de Genentech (www.gene.com/es/politica-de-privacidad) contiene más información sobre mis derechos relativos a la privacidad, entre otros, los derechos específicos que podría tener como residente de ciertos estados, como California
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización

Información del Paciente (debe completarla el paciente o su representante legalmente autorizado)

*Nombre: _____ *Apellido: _____

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

¿Está bien que le dejen 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: Complete esta sección solo si solicita asistencia a Genentech Patient Foundation. Al completar esta sección, acepto los Términos y Condiciones de Genentech Patient Foundation que se detallan en la página 1. 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

2 Consentimiento para Recursos e Información para Pacientes (OPCIONAL) Genentech ofrece educación opcional y gratuita sobre enfermedades y otros materiales para los pacientes. Esto incluye servicios opcionales o comunicaciones desde MySMA Support™, incluido posiblemente el contacto por parte de un PAL. Esto puede incluir información y materiales de marketing sobre productos, servicios y programas ofrecidos por Genentech, sus socios y afiliados respectivos. Si se registra, será contactado utilizando la información que ha proporcionado. Al marcar esta casilla, acepto recibir educación opcional sobre enfermedades y otros materiales. Esto incluye servicios opcionales o comunicaciones desde Genentech MySMA Support, incluido posiblemente el contacto por parte de un PAL. Entiendo que no tengo que marcar esta casilla para obtener mi medicamento ni para obtener el ayuda de Genentech con el objetivo de comprender mi cobertura de seguro de salud y los programas potenciales de ayuda financiera. También entiendo que puedo optar por dejar de recibir esta información en cualquier momento llamando al (877) 436-3683 y que este consentimiento seguirá activo a menos que lo dé de baja. Consentimiento para Telephone Consumer Protection Act (Ley de Protección del Usuario Telefónico, TCPA, por sus siglas en inglés) (OPCIONAL) Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para recibir llamadas automáticas y mensajes de texto de marketing de y en nombre de Genentech en el número o números de teléfono que he proporcionado, incluidos los mensajes de texto de un PAL. Entiendo que el consentimiento no es un requisito para ninguna compra o inscripción. La frecuencia de los mensajes podría variar. Es posible que se apliquen tarifas por los mensajes y los datos. Puedo optar por dejar de recibir los mensajes en cualquier momento; para ello, debo enviar STOP por mensaje de texto o llamar al (877) GENENTECH/(877) 436-3683.

3 Al firmar este formulario, reconozco que la información suministrada es exacta y completa y entiendo y acepto los términos de este formulario. Mi firma certifica que he leído, comprendido y estoy de acuerdo con la divulgación y el uso de mi información personal de conformidad con la Autorización de Uso y Divulgación de Información Personal y según lo establecido de otro modo en este formulario.

OBLIGATORIO Firme y coloque la fecha aquí Persona que firma (si no es el paciente) *Firma del Paciente/Representante Legalmente Autorizado *Fecha en que se firmó (Un padre o tutor debe firmar para los pacientes menores de 18 años de edad) (MM/DD/AAAA) Nombre en letra de imprenta Apellido en letra de imprenta Relación con el paciente

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

Si este es un consentimiento electrónico, usted entiende que, al escribir su nombre y la fecha más arriba y al enviarlo o tomar una fotografía y enviarla, brinda su consentimiento de forma electrónica y que este tiene la misma validez que si lo hubiera firmado personalmente en papel. Genentech se reserva el derecho a rescindir, anular o modificar el programa en cualquier momento sin la necesidad de notificarlo previamente.