

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

O
BIEN



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

O
BIEN



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 fecha aquí		/	/	
		*Firma del Paciente/Representante Legalmente Autorizado <small>(Un progenitor o tutor debe firmar para los pacientes menores de 18 años)</small>			*Fecha de la firma <small>(MM/DD/AAAA)</small>
	Persona que firma (si no es paciente)				
		<small>Nombre en letra de imprenta</small>	<small>Apellido en letra de imprenta</small>		<small>Relación con el paciente</small>

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.