

Instrucciones para los pacientes

Al completar este formulario, usted puede:



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



Inscribirse para recibir educación **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 su 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 en la página 4. Tenga en cuenta que debe firmar el formulario para obtener apoyo para su tratamiento.

3

Envíe el formulario completado mediante una de las siguientes opciones.



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



Imprimirla, completarla, tomarle una foto y enviarla por mensaje de texto a **(650) 877-1111**.



Imprimirla, completarla y enviarla por fax a **(833) 387-9700**.

Escriba de forma legible y complete todos los **campos obligatorios (*)** en el formulario de inicio de Evrysdi para evitar retrasos.

Tenga en cuenta lo siguiente: Su médico debe completar el Formulario de servicio de médico prescriptor de Evrysdi antes de que podamos comenzar 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 les recetó su médico. Cuando se utiliza en este formulario, "Genentech" hace referencia a Genentech, a la Fundación de Pacientes de Genentech y a sus respectivos socios, filiales, subcontratistas y representantes.

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 a obtener su medicamento Evrysdi recetado. El equipo de MySMA de Genentech incluye un administrador de casos (CM, por sus siglas en inglés), una farmacia especializada (SP, por sus siglas en inglés) y un representante de colaboración y acceso (PAL, por sus siglas en inglés).

Apoyo adicional del representante de colaboración y acceso (PAL):

Un representante local de Genentech que ofrece educación **opcional** sobre la enfermedad y apoyo con los productos para los pacientes sin costo alguno. Esto puede incluir elementos o materiales que explican la dosificación y administración del producto para su uso cuando se viaja y también puede incluir materiales de comercialización e información sobre los productos, servicios y programas de Genentech. Tenga en cuenta que los PAL no forman parte de su equipo médico, no proporcionan consejo médico y no sustituyen a su proveedor de atención médica. Su proveedor de atención médica debe ser siempre su 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 la cobertura de su seguro médico y las posibles opciones de ayuda financiera para Evrysdi.

Farmacia especializada (SP): Una SP suministra determinados medicamentos a los pacientes. Algunos planes requieren el uso de una determinada SP para recibir su

medicamento. Las SP envían su medicamento al consultorio de su médico o a su hogar. También pueden ofrecer otros servicios, como derivaciones a asistencia financiera.

Fundación de Pacientes de Genentech: Un programa que proporciona medicamentos gratuitos de Genentech a las personas que no tienen cobertura de seguro médico o que tienen problemas financieros y cumplen determinados criterios de elegibilidad.

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

Ingresos netos del hogar: Cuánto ganan usted y los miembros de su hogar actualmente por año, menos deducciones específicas. Esto también se conoce con frecuencia como su ingreso bruto ajustado (AGI, por sus siglas en inglés). Esta información es necesaria para determinar la elegibilidad para la Fundación de Pacientes de Genentech.

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

Gastos de bolsillo: El monto que el plan de seguro médico no paga y que usted debe pagar por su tratamiento. Esto incluye primas, deducibles, copagos y coseguro.

Asistencia con el copago: Programas disponibles para ayudar a los pacientes elegibles a pagar por sus medicamentos.

Contacto alternativo: Alguien a quien usted escoge como persona de contacto si el equipo de 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 socio comercial de su compañía de seguros o empleador.

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

Términos y condiciones de la Fundación de Pacientes de Genentech

- Si recibo un medicamento gratuito de la Fundación de Pacientes de Genentech, no venderé ni cederé el medicamento porque es ilegal hacerlo. Soy responsable de asegurarme de que el medicamento se envíe a una dirección segura cuando me lo envíen, y debo mantener bajo control cualquier medicamento que reciba.
- Comprendo que, para los fines de una auditoría, la Fundación de Pacientes de Genentech podría pedirme una copia de mi formulario 1040 del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas inglés) u otro comprobante de ingresos.
- Algunos planes de seguro y/o empleadores se asocian con organizaciones conocidas como programas de financiamiento alternativos. Tales arreglos requieren que los pacientes presenten una solicitud a la Fundación de Pacientes de Genentech como condición o requisito previo para la cobertura de los productos pertinentes de Genentech. Estos programas de financiamiento alternativos incluyen SHARx, Paydhealth y Payer Matrix, entre otros. Los pacientes cuyos planes de seguro y/o empleadores usan un programa de financiamiento alternativo no son elegibles para recibir apoyo de la Fundación de Pacientes de Genentech.
- Reconozco que, a mi leal saber y entender, ni mi plan de seguro ni mi empleador (1) me exigieron presentar una solicitud a la Fundación de Pacientes de Genentech ni (2) ocultaron o modificaron mi cobertura de seguro para mi medicamento de Genentech para que pareciera que no estoy asegurado y que soy elegible para recibir apoyo de la Fundación de Pacientes de Genentech. No presento una solicitud a la Fundación de Pacientes de Genentech en nombre de una persona cuyo plan de seguro y/o empleador está asociado con un programa de financiamiento alternativo. El contacto alternativo indicado en mi solicitud (si lo hubiera) no está asociado ni es un representante de mi compañía de seguros, empleador o un socio comercial de mi compañía de seguros o empleador. Si posteriormente me doy cuenta de que mi plan de seguro y/o empleador utilizan un programa de financiamiento alternativo, acepto informar a la Fundación de Pacientes de Genentech de inmediato y comprendo que ya no seré elegible para recibir apoyo.

Autorización para usar y divulgar información personal

Autorizo a mis médicos 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 y mi seguro médico y beneficios, con Genentech, la Fundación de Pacientes de Genentech y sus respectivos socios, filiales, subcontratistas y representantes (en conjunto, “Genentech”). Autorizo a Genentech a recibir, usar y compartir mi información personal para proporcionarme acceso a los productos, servicios y programas descritos en este formulario, que puede incluir lo siguiente:

- Trabajar con mi plan de seguro médico para comprender o verificar la cobertura de los productos de Genentech.
- Presentar una solicitud a la Fundación de Pacientes de Genentech.
- Determinar mi elegibilidad y facilitar la inscripción en los servicios de asistencia financiera si soy elegible, incluida la asistencia de copago.
- Coordinar mi receta a través de una farmacia, un lugar de infusión o el consultorio del proveedor de atención médica. Esto incluye ponerse en contacto conmigo para analizar mi cobertura, los costos y la elegibilidad para recibir asistencia y otros fines de la administración del programa.
- Facilitar mi acceso a los productos de Genentech.
- Garantizar la calidad y seguridad, y mejorar nuestros productos y servicios.
- Ponerse en contacto conmigo por correo postal, correo electrónico, llamadas telefónicas y mensajes de texto a los números y 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 materiales de comercialización sobre productos, servicios y programas ofrecidos por Genentech, sus socios y sus respectivas filiales. Esto incluye servicios **opcionales** o la interacción con Genentech MySMA Support, que pueden incluir la participación de un PAL. Esto no es requerido para recibir ayuda de Genentech MySMA Support para comprender la cobertura del seguro médico y los posibles programas de ayuda financiera.
- Si acepto recibir comunicaciones de comercialización mediante llamadas automáticas y mensajes de texto, ponerse en contacto conmigo con fines comerciales a los números de teléfono que proporcioné mediante llamadas o mensajes de texto automáticos, incluso por parte de un PAL. Esto no es requerido para recibir ayuda de Genentech MySMA Support para comprender la cobertura del seguro médico y los posibles programas de ayuda financiera.

Comprendo que esto incluirá compartir y usar 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 que estoy solicitando. Comprendo 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. Comprendo que mi farmacia puede recibir un pago u otra remuneración por divulgar mi información personal de conformidad con esta autorización. Puedo decidir 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 ni mi pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios a la firma de esta autorización.

También comprendo y acepto lo siguiente:

- Esta autorización es válida por 6 años a partir de la fecha en que firmo o la fecha en la que me inscribí por última vez, lo que ocurra primero, a menos que la ley exija un período más corto o que la revoque antes.
- Mi información personal divulgada en virtud de esta autorización puede ya no estar protegida por las leyes estatales y federales, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, Genentech solo usará y compartirá mi información personal para los fines establecidos en esta autorización o según lo permita la ley.
- Tengo derecho a revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una notificación por escrito a: Genentech Access Solutions, 1 DNA Way, South San Francisco, CA 94080-4990 o llamando a **(866) 422-2377**. Si revoco esta autorización, ya no seré elegible para los servicios descritos. Si un proveedor de atención médica divulga mi información personal a Genentech de forma autorizada y continua, mi revocación entrará en vigor con respecto a dicho proveedor de atención médica cuando reciba la notificación de mi revocación. Mi revocación no afectará los usos y las divulgaciones de mi información personal que ya se hayan realizado con base en esta autorización.
- Se puede encontrar más información sobre sus derechos de privacidad, incluidos los derechos específicos que puede tener como residente de determinados estados, en la **Política de privacidad de Genentech** (<https://www.gene.com/es/politica-de-privacidad>).
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Información del paciente (para ser completada por el paciente o su representante legalmente autorizado)

*Nombre:

*Apellido:

Teléfono particular: () -

Teléfono celular: () -

 ¿Está bien dejar 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 presenta una solicitud a la Fundación de Pacientes de Genentech
Al completar esta sección, acepto los Términos y condiciones de la Fundación de Pacientes de Genentech
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 la enfermedad y ayuda con el producto para los pacientes, incluidos artículos o materiales de comercialización que explican el producto y su administración, su uso cuando viaja con el producto y otra información sobre productos, servicios y programas de Genentech. No es necesario inscribirse en estos recursos y apoyo para recibir ayuda con su cobertura de seguro o para informarse sobre las opciones de asistencia financiera. Inscribirse 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** y gratuitos, y pueden ser proporcionados por un PAL, los socios de Genentech y sus respectivas filiales. Los PAL no brindan consejo médico. Su proveedor de atención médica debe ser siempre su principal recurso para cualquier pregunta sobre su salud y atención médica.

Al marcar esta casilla, acepto recibir materiales de educación sobre la enfermedad y servicios de apoyo para el producto, incluida la participación de un PAL. Comprendo que no es obligatorio participar en esta oferta y que mi decisión no afecta mi recepción del medicamento ni de la información de ayuda financiera. Puedo ser necesario utilizar mi información personal confidencial para proporcionarme el material relevante. También comprendo que puedo optar por no recibir esta información en cualquier momento llamando al **(877) 436-3683**.

Al marcar esta casilla, acepto recibir llamadas y mensajes de texto automáticos, que pueden incluir comunicaciones de comercialización sobre Evrysdi por parte y en nombre de Genentech, incluso por parte de un PAL, a los números de teléfono proporcionados. Comprendo que la elección de recibir estos mensajes es voluntaria y no es un requisito para ninguna compra o inscripción en el programa. La frecuencia de los mensajes puede variar. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y uso de datos. Puedo cancelar mi participación en cualquier momento enviando un mensaje de texto con la palabra "STOP" (ALTO) o llamando al **(877) GENENTECH**/(877) 436-3683. También acepto la **Política de privacidad** (<https://www.gene.com/es/politica-de-privacidad>) 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 comprendo y acepto los términos de este formulario. Mi firma certifica que he leído, comprendo y acepto la divulgación y el uso de mi información personal, incluida información personal confidencial, de conformidad con la Autorización para usar y divulgar información personal y según lo indicado 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 el paciente)

Nombre en letra de imprenta

Apellido en letra de imprenta

Relación con el paciente

Una vez que se haya completado esta página (4/6), envíe por mensaje de texto una fotografía 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 comprende que, al escribir su nombre y la fecha arriba y enviarlo, o al tomar una fotografía y enviárnosla, está otorgando su consentimiento de forma electrónica, y que esto tiene la misma validez y efecto que si lo firmara en persona en papel. Genentech se reserva el derecho de rescindir, revocar o enmendar el programa en cualquier momento, sin previo aviso.