

Instrucciones para los Pacientes

Al completar este formulario puede hacer lo siguiente:



Obtener más información sobre la cobertura de su seguro médico y otras opciones para conseguir medicamentos de Genentech



Inscribirse en educación opcional sobre enfermedades específicas, servicios de asistencia al paciente y comunicación

Siga estos 3 pasos para empezar:

1. Lea “Acerca de Su Consentimiento”.
2. Firme y feche la página 3. 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 3** de este formulario en una de las siguientes maneras:



Complételo en línea en
Genentech-Access.com/PatientConsent



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



Imprímalo, complételo y envíelo
por fax al (877) 313-2659

Un representante de Genentech Access Solutions o del consultorio de su médico lo llamará para informarle sobre su cobertura, costos y asistencia con su tratamiento.

Si tiene alguna pregunta, hable con su proveedor de atención médica o comuníquese con Genentech Access Solutions.

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.

Genentech Access Solutions: Un equipo de Genentech que trabaja con su médico y su plan de seguro médico para ayudarle a obtener sus medicamentos.

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

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

Ingreso neto 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 o AGI. Esta información es necesaria para determinar la elegibilidad para Genentech Patient Foundation

Educación y servicios de asistencia al paciente: Programas opcionales ofrecidos por Genentech para ayudarle a comenzar y seguir el tratamiento con su medicamento. Los servicios pueden variar según su condición médica y podrían incluir asistencia con los copagos, apoyo clínico, comunicación de marketing e información general sobre enfermedades.

Deducible: La cantidad 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 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.

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 se envíen 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 podría solicitarme una copia del formulario IRS 1040 u otro comprobante de ingresos

Acerca de Su Consentimiento – Esto se relaciona con el 'Cuadro 1' en la página 3

Su información personal identificable (personally identifiable information, PII) puede incluir:

- Nombre y fecha de nacimiento
- Dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico
- Información financiera importante, según sea necesario
- Información sobre su condición médica, según sea necesario
- Información sobre sus beneficios de salud o cobertura de seguro médico

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 personas 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.

Las razones para compartir y usar 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 para servicios de asistencia financiera, incluida la asistencia con los copagos
- Coordinar mis medicamentos recetados a través de una farmacia, un centro de infusión y/o el consultorio de un proveedor de atención médica
- Ofrecer recordatorios opcionales y educación opcional 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.

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. Comprendo que Genentech y Genentech Patient Foundation se comprometen a proteger mi información y a mantenerla segura y confidencial mientras se recopile o se utilice 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 aseguradora de salud no condicionen ni mi tratamiento ni mi pago, inscripción 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 inscripción, 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. Para cancelarla, debo enviar una notificación por escrito a Genentech. Puede enviarse por fax o por correo a la dirección que figura a continuación. Si la cancelo, sé que Genentech y Genentech Patient Foundation ya no podrán ayudarme con el acceso a mis productos Genentech. La dirección es Genentech Access Solutions, 1 DNA Way, Mail Stop #858a, South San Francisco, CA 94080-4990

Entiendo que, como paciente o firmante, tengo derecho a recibir una copia de este formulario firmado durante el tiempo que sea válido.

Información del Paciente (debe completarla el paciente o la persona legalmente autorizada)

*Nombre: _____ *Apellido: _____

Teléfono del hogar†: (_____) - _____ Teléfono celular†: (_____) - _____

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

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

Contacto Alternativo (opcional) Nombre completo: _____

Relación: _____ Teléfono†: (_____) - _____

1

Se requiere autorización del paciente mediante una firma para obtener servicios de Genentech Access Solutions y Genentech Patient Foundation. Al firmar este cuadro, usted acepta los términos en la sección 'Acerca de Su Consentimiento'.

OBLIGATORIO

Firme y coloque la fecha aquí

*Firma del Paciente o Persona Autorizada
(Un padre o tutor debe firmar para los pacientes menores de 18 años de edad)

_____/_____/_____
*Fecha en que se firmó
(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

2

Información Sobre la Elegibilidad Financiera: Completar para Genentech Patient Foundation Solamente

Al completar esta sección, estoy de acuerdo con 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

Firme y coloque la fecha aquí

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

3

Consentimiento del paciente para inscribirse en educación **opcional** sobre enfermedades específicas, programas de apoyo, investigación de mercado y comunicación que se pueda considerar marketing. Comprendo que mi PII puede ser necesaria para que participe en estos programas.

Firme y coloque la fecha aquí para elegir inscribirse

Firma del Paciente o Persona Autorizada Fecha en que se firmó
(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 el cuadro 3, autorizo a Genentech a utilizar marcadores automáticos, mensajes pregrabados y mensajes de voz artificiales 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 inscripción.

Una vez que las páginas 3 y 4 se han completado, envíe una fotografía de ellas por mensaje de texto al número (650) 877-1111, o por fax al (877) 313-2659. Puede completar este formulario en línea en Genentech-Access.com/PatientConsent.

VENCMPASS™ Solicitud de asistencia y recursos de una Enfermera especializada de Vencompass

Mediante este formulario se puede solicitar la inscripción en VENCMPASS; no es una receta ni un formulario de un proveedor de farmacia especializada. El formulario debe ser completado por el profesional de la salud y el paciente o la persona legalmente autorizada. Luego de completar este formulario, los pacientes recibirán una llamada de una Enfermera especializada de Vencompass en el plazo de 1 día hábil para confirmar la inscripción.

Información del paciente – Esta sección debe ser completada por el paciente o la persona legalmente autorizada. Escriba con letra de imprenta clara. Todos los campos marcados con un asterisco (*) son obligatorios.

Fecha de hoy: _____

*Nombre: _____ *Apellido: _____

*Fecha de nacimiento: ____/____/____ *Género (marcar una opción) M F

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ *Código postal: _____

*Teléfono: _____ *Dirección de correo electrónico: _____

Mejor momento para comunicarse: Lunes a Viernes Mañana Tarde Noche Marque esta casilla si *no desea que dejemos un mensaje*

*¿Para qué afección recibe tratamiento? (Este servicio está disponible solo para las indicaciones aprobadas de VENCLEXTA).

Leucemia linfocítica crónica o linfoma linfocítico pequeño Leucemia mieloide aguda

Si una persona legalmente autorizada completa el formulario, debe llenar las siguientes líneas:

Nombre y apellido: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono: _____

Al inscribirse, recibirá su propia Enfermera de Vencompass. Las Enfermeras de Vencompass no brindan asesoramiento médico y están capacitadas para enviar a los pacientes a sus profesionales de la salud para que obtengan asesoramiento relacionado con el tratamiento, incluidas las derivaciones adicionales. Su información personal se utilizará únicamente para proporcionarle asistencia y para las comunicaciones con la Enfermera de Vencompass y para que AbbVie pueda realizar investigaciones y análisis con datos anónimos. Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad de AbbVie, visite www.abbvie.com/privacy.html. Comprendo que no tengo la obligación de firmar este formulario de consentimiento y que no interfiere con la obtención de mis medicamentos, así como que no es obligatorio recibir asistencia de VENCLEXTA Access Solutions, un servicio de Genentech.

También me gustaría recibir novedades y actualizaciones sobre los productos, ensayos clínicos, oportunidades de investigación y otra información de AbbVie que podrían ser de mi interés.

Información del médico que emite la receta – Esta sección debe ser completada por el médico que emite la receta.

*Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

*Nombre de contacto en el consultorio: _____ *Teléfono: _____ *Fax: _____

VENCLEXTA® es una marca registrada de AbbVie, Inc.

El logotipo de Access Solutions es una marca comercial registrada de Genentech, Inc.