

Autorización del Paciente y Aviso de Solicitud para Transmitir Información Médica a Genentech Access Solutions y a Genentech® Access to Care Foundation (PAN)

Teléfono: (888) 754-7651 **Fax:** (800) 305-1830

M-US-00003937(v2.0) 04/20

Genentech Transplant Access Services es un programa gratuito para usted de Genentech.

Trabajamos con usted para ayudarlo a comprender cómo pagar su producto de Genentech. Ayudamos a las personas, independientemente de si tienen o no un plan de atención médica.

Si no tiene un plan de atención médica, o si su plan no paga sus productos de Genentech, Genentech podría ayudarlo. Si cumple ciertos criterios, podemos suministrar medicamentos gratis. Esto se realiza mediante la fundación de Genentech Access to Care Foundation (GATCF).

Genentech Access Solutions y GATCF consideran seriamente la privacidad de los pacientes. Reconocemos que su información de salud es sensible y tomamos medidas para protegerla y mantenerla confidencial. Para que Genentech Access Solutions pueda ayudarlo, necesitaremos examinar, usar y divulgar parte de su información de identificación personal (personally identifiable information, PII), que incluye la información médica. Al firmar este formulario, usted indica a su proveedor de atención médica y su plan de atención médica que transfieran cierta PII a nosotros, y nos autoriza a usar y divulgar su PII según sea necesario para ayudarlo. Una vez que firma este formulario y nos lo devuelve, o es presentado de forma electrónica por usted o su proveedor de atención médica en su representación, podemos comenzar a ayudarlo. Usted puede elegir no firmar este formulario; sin embargo, tenga en cuenta que no podemos ayudarlo sin él.

Lea este formulario con atención.

Si tiene alguna pregunta, hable con el consultorio de su proveedor de atención médica o llámenos al número de teléfono que figura en la parte superior de esta página.

1

Información que se puede usar o divulgar

Indico a mi(s) proveedor(es) de atención médica y/o plan(es) de atención médica que compartan la siguiente información con Genentech Access Solutions y/o GATCF:

- Información médica relacionada con mi tratamiento con productos de Genentech, incluidos sus diagnósticos y recetas relevantes
- Información sobre los beneficios de mi plan de atención médica, incluidos mis deducibles y costos de bolsillo anticipados anuales y de por vida

2 Quién puede ver y utilizar mi PII

Autorizo a Genentech Access Solutions y/o GATCF a usar y divulgar mi PII a Agentes, filiales y proveedores que ayudan a Genentech Access Solutions y/o GATCF; y a mi(s) proveedor(es) de atención médica, entidades de atención médica, farmacias y plan(es) de salud con el propósito de facilitar mi acceso a los productos de Genentech, que incluyen:

- Coordinar con mi plan de atención médica para entender la cobertura de los productos de Genentech
- Coordinar el cumplimiento de mis recetas a través de una farmacia
- Aplicar para la GATCF
- Con fines administrativos que respalden a Genentech Access Solutions y GATCF
- Determinar mi elegibilidad para formas alternativas de cobertura y fuentes de financiación para mis medicamentos de Genentech

Algunas de estas divulgaciones pueden constituir la venta de PII. Si es así, tengo el derecho de no autorizar la venta de mi PII si resido en California. Puedo encontrar información adicional sobre mis derechos de privacidad en la política de privacidad en el sitio web de Genentech (www.gene.com/privacy-policy).

3 Avisos

Este PAN tendrá vigencia por 3 años desde la fecha de mi firma, o la fecha de mi última suscripción, la que sea primero, a menos que la ley exija un periodo menor.

Comprendo que, si vivo en el estado de Maryland, esta autorización será válida no más de 1 año a partir de la fecha en que la firme.

Una vez que firme este formulario de PAN y mi PII se transmita a Genentech Access Solutions y/o GATCF, comprendo que es posible que la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) no proteja la PII divulgada por mi proveedor de atención médica u otros cubiertos por la legislación HIPAA a Genentech Access Solutions y/o a GATCF porque Genentech Access Solutions y GATCF no estén cubiertos por HIPAA. Comprendo que Genentech Access Solutions y GATCF 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.

Comprendo que puedo negarme a firmar este formulario de PAN. También comprendo que puedo cancelar este formulario de PAN en cualquier momento y por cualquier motivo. Comprendo que esta cancelación significa que Genentech Access Solutions y/o GATCF ya no usarán ni compartirán mi PII, pero no se aplicará a la PII que ya se usó o compartió. Si resido en California, también tengo derecho a solicitar que Genentech y/o GATCF eliminen mi PII, aunque la eliminación no es necesaria en ciertas circunstancias. Para cancelar este formulario de PAN o solicitar la eliminación de mi PII, debo enviar una notificación por escrito a Genentech. Puede enviarse por fax o por correo a la dirección que figura en esta página. Si cancelo este formulario de PAN y solicito la eliminación de mi PII, sé que Genentech Access Solutions y GATCF ya no podrán ayudarme con el acceso a mi(s) producto(s) Genentech.

La dirección de Genentech Access Solutions y GATCF es PO Box 29064, Phoenix, AZ 85038. El número de fax de Genentech Access Solutions y GATCF es (800) 305-1830.

Entiendo que, como paciente o firmante, tengo derecho a obtener una copia de este PAN firmado durante su período de vigencia.

4 Aceptación de distribución

Si recibo un producto gratis de GATCF, no venderé ni distribuiré productos de Genentech. Comprendo que es ilegal hacerlo. Soy responsable de garantizar que el producto de Genentech se envíe a una dirección segura cuando se me envía. Sé que soy responsable de controlar mi producto de Genentech mientras se encuentre en mi posesión.

La Sección 5 en la página siguiente es obligatoria.

Este aviso escrito debe estar firmado, fechado y debe enviarse por correo, por fax, o enviarse electrónicamente a:

Genentech Transplant Access Services
PO Box 29064, Phoenix, AZ 85038
Fax: (800) 305-1830

5

Firma y fecha

(Requerido para obtener la asistencia de Genentech Access Solutions y Genentech Access to Care Foundation)*

Complete toda la información siguiente. Asegúrese de fechar y firmar este formulario. De lo contrario, podría retrasarse el proceso de su asistencia.

Información Obligatoria:

Nombre del paciente en letra de imprenta

Apellido

Nombre

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente o Persona Legalmente Autorizada

Fecha en que se firmó

Nombre en imprenta de la persona que firmó (si no es el paciente)

Apellido

Nombre

Relación con el Paciente

Opcional:

☐ **Está bien que le dejen un mensaje detallado†:**

Autorizo a Genentech Access Solutions/GATCF a dejar un mensaje detallado en el número siguiente:

*En caso de error, la persona que firma el formulario de PAN debe corregir la información trazando una línea sobre el error y agregando sus iniciales. Vuelva a escribir la información correcta al lado del error. No se aceptarán otras formas de corrección, como tachar o borrar palabras.

†Al proporcionar mi número de teléfono, autorizo a Genentech a usar 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 de Genentech o inscripción en Genentech Access Solutions o GATCF. Es posible que se apliquen tarifas por los mensajes y los datos.

6

Información financiera (solo GATCF)

Total de ingresos del hogar del año calendario anterior: \$ _____

Lea la certificación siguiente: Lea la certificación siguiente: Comprendo que, para ser elegible para los medicamentos gratis, GATCF tiene criterios que deben cumplirse, que incluyen los ingresos. Certifico que la declaración anterior de los ingresos totales anuales de mi hogar para el año calendario anterior es cierta, y que no tengo recursos financieros o cobertura de seguro para pagar los productos de Genentech. Comprendo que GATCF podría solicitarme una copia del formulario IRS 1040 u otro comprobante de ingresos a los fines de una auditoría. Acepto proporcionar mi documentación financiera puntualmente, si así se solicita. Asimismo, informaré a GATCF de inmediato si cambia mi situación del seguro. Tenga en cuenta que GATCF solicitará todos los recursos legales apropiados, que incluyen la solicitud de daños en un litigio, si GATCF determina que este certificado es falso o que la certificación financiera es falsa o incorrecta. Al firmar esta certificación, certifico que la declaración anterior del importe de ingresos anuales de mi hogar es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender.

Firme y coloque la fecha aquí si elige suscribirse

Firma del Paciente o Persona Legalmente Autorizada

Fecha en que se firmó

7 Consentimiento de mercadeo de Genentech

Deseo inscribirme en los programas opcionales y gratuitos patrocinados por Genentech, relacionados con el uso de los productos de Genentech. Estos programas pueden incluir asistencia para copagos, otros programas de asistencia al paciente, que me proporcionan información o materiales de mercadeo sobre otros productos o servicios disponibles de Genentech y sus filiales, u oportunidades de participar en encuestas o proporcionar comentarios. Comprendo que mi información de identificación personal (personally identifiable information, PII), que incluye información sobre mi uso de los productos de Genentech, puede ser necesaria para que pueda participar en estos programas. Comprendo que, al inscribirme en estos programas, Genentech puede compartir información sobre mi salud con las personas responsables de administrar estos programas. Puedo elegir que me contacten por correo postal, correo electrónico, teléfono y/o mensaje de texto. Comprendo que el uso y divulgación de mi PII se limitará a Genentech, sus sucesores y sus Agentes, con excepción de lo requerido por ley. Acepto permitir que Genentech, sus sucesores o sus Agentes me contacten en el futuro con respecto a estos programas.

Comprendo lo siguiente:

- Este consentimiento para inscribirme en estos programas o recibir información de mercadeo es voluntario,
- Puedo obtener asistencia de Genentech Access Solutions incluso si no firmo este consentimiento,
- Puedo obtener mis medicamentos aunque no firme este consentimiento, y
- Puedo cancelar mi inscripción o consentimiento para el mercadeo en cualquier momento.

Para cancelar, puedo llamar a la línea gratuita (877) 436-3683.

Forma preferida de contactarme

(Marque todas las casillas que correspondan):

☐ Correo electrónico: _____

☐ Número de teléfono (mensaje de voz): _____

¿Está bien que le dejen un mensaje? ☐ Sí ☐ No

☐ Número de teléfono (mensaje de texto): _____

Al marcar una o más de las casillas anteriores para recibir mensajes de voz y/o mensajes de texto, autorizo a que Genentech utilice marcadores automáticos o mensajes pregrabados y mensajes de voz artificiales para comunicarse conmigo. Comprendo que estas llamadas de voz y mensajes de texto pueden comercializar o publicitar productos, bienes o servicios de Genentech. Entiendo que no estoy obligado a aceptar ser contactado por teléfono o mensaje de texto como condición de cualquier compra de productos o servicios. Es posible que se apliquen tarifas por los mensajes y los datos.

☐ Dirección: _____

Firme y coloque
la fecha aquí si
elige suscribirse

Firma del Paciente o Persona Legalmente Autorizada
(Debe firmar aquí para inscribirse en el programa relacionado con los productos de Genentech tal como se describe anteriormente.)

Fecha en que se firmó