

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

Podemos empezar a ayudarle una vez que usted, o bien su proveedor de atención médica en su nombre, nos envíen este formulario. Puede decidir no firmar este formulario. Sin embargo, tenga en cuenta que no podremos ayudarle sin su autorización firmada.

Para recibir asistencia, siga los siguientes pasos:

1. **Lea la Información de la Autorización del Paciente** que describe los servicios de asistencia al paciente de Genentech de las páginas 2 y 3.
2. Si desea suscribirse a OCREVUS Access Solutions, **complete la SECCIÓN 1 y coloque firma y fecha en la SECCIÓN 1A** de la página 4.
3. Si desea suscribirse a programas de marketing y educativos adicionales, **coloque firma y fecha en la SECCIÓN 1B** de la página 4.
4. Si desea determinar que cumple los requisitos para Genentech Patient Foundation, **complete la SECCIÓN 1C** de la página 4.

Asegúrese de rellenar toda la información, complete todos los campos obligatorios (*) y coloque firma y fecha; de no hacerlo, podría atrasarse nuestra posibilidad de ayudarle.

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:



Complételo en línea en
OCREVUS.com/Forms



O BIEN



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



O BIEN



**Imprímalo, complételo
y envíelo por fax** al
(877) 312-2193

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

Terminología Útil

Genentech: El fabricante del medicamento que su proveedor quiere recetarle. Genentech se compromete a ayudar a los pacientes a obtener el medicamento que su proveedor 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 (Adjusted Gross Income) 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.

Información personal identificable (personally identifiable information, PII): Cualquier información que pueda usarse para identificarlo directa o indirectamente a usted o su grupo familiar. Puede incluir su nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, información financiera, afección médica o información sobre sus beneficios médicos o cobertura de seguro.

Términos y Condiciones para Recibir Medicamentos Gratis de Genentech

- 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

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. 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 que se encuentra en el sitio web de Genentech (www.gene.com/privacy-policy).

Las razones para compartir y utilizar 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 y suscripción 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 y educación 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 a Genentech y/o Genentech Patient Foundation. 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 suscripción, 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. Si resido en California, también tengo derecho a solicitar que Genentech y/o Genentech Patient Foundation eliminen mi PII, aunque la eliminación no es necesaria en ciertas circunstancias. Para cancelar la solicitud o solicitar su eliminación, debo enviar una notificación por escrito a Genentech. Puede enviarse por fax o por correo a la dirección que figura a continuación. Si cancelo y solicito la eliminación, sé que Genentech y Genentech Patient Foundation ya no podrán ayudarme con el acceso a mis productos Genentech. La dirección es Genentech, 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.

Formulario de Consentimiento del Paciente – completado por el paciente

*Campo obligatorio
†Obligatorio si no es el paciente

SECCIÓN 1: Información sobre el Paciente

Nombre*

Apellido*

Fecha de nacimiento* (MM/DD/AAAA)

Forma de comunicación preferida
(marque la que corresponda)

- ☐ Correo electrónico: _____
- ☐ Teléfono del hogar†: (_____) _____ - _____
- ☐ Teléfono celular†: (_____) _____ - _____

Se puede dejar un mensaje detallado a todos los números proporcionados y/o a todas las personas autorizadas.

¿Está bien que le dejen un mensaje de voz detallado?

☐ Sí ☐ No

¿Está bien que le envíen mensajes de texto?

☐ Sí ☐ No

Mejor horario para comunicarse conmigo:

☐ Mañana ☐ Tarde

Idioma preferido del paciente

Nombre de contacto alternativo

Relación con el Paciente

(_____) _____ - _____
Teléfono

Correo electrónico

El logotipo de Access Solutions es una marca comercial registrada de Genentech, Inc.
©2020 Genentech USA, Inc. So. San Francisco, CA Todos los derechos reservados.

1A: Se requiere autorización del paciente mediante una firma para obtener servicios de OCREVUS Access Solutions y Genentech Patient Foundation. Al firmar este cuadro, usted acepta los términos en la sección 'Acerca de su Consentimiento.'

Firme y coloque la fecha aquí

Firma del Paciente/Persona Autorizada*

Fecha en que se firmó*

Nombre en letra de imprenta†

Apellido en letra de imprenta†

Relación con el Paciente (obligatorio si no es el paciente)

1B: 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 si elige suscribirse

Firma del Paciente/Persona Autorizada

Fecha en que se firmó

†Al proporcionar mi número de teléfono y firmar la Sección 1B, autorizo a Genentech a utilizar marcadores automáticos, mensajes pregrabados y mensajes de voz artificial 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 suscripción.

Es posible que se apliquen tarifas por los mensajes y los datos. Comprendo que puedo optar por dejar de recibir estas comunicaciones en cualquier momento llamando al (877) GENENTECH (877-436-3683).

1C: 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 2.

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 si elige suscribirse

Firma del Paciente/Persona Autorizada

Fecha en que se firmó

(Obligatorio si se solicita asistencia de Genentech Patient Foundation)

Certification

This is to certify that RWS Life Sciences has prepared the document(s) described below in conformance with the quality management system documented in its ISO 9001 process maps.

Source Filename(s):	M-US-00002896(v1.0) - GATCF PAN for Fuzeon.pdf M-US-00003294(v1.0) - Genentech Transplant Access Services PAN.pdf Patient Consent Form Updates - RWS Translations.docx
Protocol No. or Reference No.:	N/A
Source Language:	English
Target Language (Country):	Spanish (US)
RWS Life Sciences Job No.:	201-B2679A-MCAN

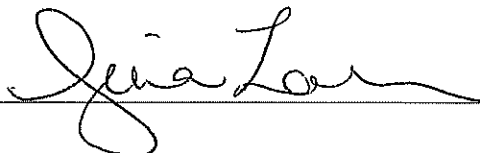
RWS Life Sciences holds documented evidence that all translators who worked on this project have been qualified in this language pair per our ISO 9001 Quality Management System.

Michael Fusco
 Notary Public-Connecticut
 My Commission Expires
 September 30, 2023

Representative's Signature:

"Subscribed and sworn to before me

this 26th day of February, 20 20 "



Gina Zahner,
Program Manager



Notary Public

Date: 26 February 2020

Date Commission Expires: 30 September 2023

Instructions for Patients

By completing this form you can:



Learn about your health insurance coverage and other options to get your Genentech medicine



Enroll into optional disease-specific education, patient support services and communication

We can start assisting you once this form is sent back to us by you or your health care provider on your behalf. You can choose not to sign this form. However, please note that we cannot assist you without your signed authorization.

To obtain assistance, please follow these steps:

1. **Read the Patient Authorization Information** describing Genentech patient support services on pages 2 and 3.
2. If you wish to enroll in OCREVUS Access Solutions, please **fill in SECTION 1** and **sign and date SECTION 1A** on page 4.
3. If you wish to enroll in additional educational and marketing programs, please **sign and date SECTION 1B** on page 4.
4. If you wish to determine if you are eligible for Genentech Patient Foundation, please **complete SECTION 1C** on page 4.

Be sure to fill in all information, complete all required fields (*) and sign and date the form or it could delay our ability to help you.

Genentech can start supporting you when **PAGE 4** of this form is submitted by you or your doctor's office in one of the following ways:



Complete online at
OCREVUS.com/Forms

OR



Take a photo and text it
to (650) 877-1111

OR



Print, complete and fax
it to (877) 312-2193

If you have any questions, talk to your health care provider or contact OCREVUS Access Solutions.

Helpful Terminology

Genentech: The maker of the medicine your provider wants to prescribe. Genentech is committed to helping patients get the medicine their provider prescribed.

Genentech Access Solutions: A team at Genentech that works with your doctor and health insurance plan to help you get your medicine.

Genentech Patient Foundation: A program that gives free Genentech medicine to people who don't have insurance coverage or who have financial concerns and meet certain eligibility criteria.

Household size: Number of people living in your household, including you.

Household income: How much you and the members of your household make each year minus specific deductions. This is also frequently referred to as your Adjusted Gross Income or AGI. This information is needed to determine Genentech Patient Foundation eligibility.

Education and patient support services: Optional programs offered by Genentech to help you start and stay on your medicine. Services may vary based on your medical condition and could include co-pay assistance, clinical support, marketing communication and general disease information.

Deductible: The amount you pay for health care services or medicines out of pocket before your health insurance plan begins to pay.

Out-of-pocket costs: The amount not paid by the insurance plan that you must pay for your treatment. This includes deductibles, co-pays and co-insurance.

Co-pay assistance: Programs available to help eligible patients pay for their medicines.

Alternate contact: Someone you choose to be your contact person if Genentech Access Solutions cannot reach you.

Personally identifiable information (PII): Any information that can be used to directly or indirectly identify you or your household. This might include your name, birthdate, address, telephone number, email address, financial information, medical condition or information about your health benefits or insurance coverage.

Terms and Conditions for Receiving Free Genentech Medicine

- I will not sell or give out this medicine since it is unlawful to do so. I am responsible to make sure these medicines are sent to a secure address when shipped to me, and I must control any Genentech medicine that I receive
- I understand that, for purposes of an audit, the Genentech Patient Foundation could ask me for a copy of my IRS 1040 form or other proof of income

About Your Consent

Who May See and Use My PII

I authorize Genentech and/or Genentech Patient Foundation to (i) use my PII for the purpose of facilitating my access to Genentech products and providing the services described below, and (ii) further disclose my PII to others who are assisting them in these services, and to my health care provider(s), health care entities, pharmacies, and health plan(s) for purposes of providing these services. Some of these disclosures may constitute a sale of PII. If so, I have the right to opt out of the sale of my PII if I reside in California. Additional information regarding my privacy rights can be found in Genentech's website privacy policy (www.gene.com/privacy-policy).

Reasons for sharing and using my information may include:

- Working with my health care plan to understand coverage for Genentech products
- Applying to the Genentech Patient Foundation
- Determining my eligibility and enrollment into financial assistance services, including co-pay assistance
- Coordinating my prescription through a pharmacy, infusion site and/or health care provider's office
- Providing treatment reminders and education

I direct and authorize my physician, pharmacy and my health plan(s) to disclose my PII to Genentech and its partners, as necessary for Genentech to provide the above services.

Once I sign this Patient Consent Form and my PII is transmitted to Genentech and/or Genentech Patient Foundation, I understand that the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) may no longer protect or prohibit the redisclosure of the PII disclosed to Genentech and/or Genentech Patient Foundation by my health care provider or others covered by the HIPAA laws. I understand that Genentech and Genentech Patient Foundation are committed to protecting my information and keeping it secure and confidential while it is being collected or used to assist me and that the use and disclosure of my information will be limited to that described above. I can choose not to sign this form, but Genentech and Genentech Patient Foundation will not be able to assist me without it. However, my health care providers and health insurer may not condition either my treatment or my payment, enrollment or eligibility for benefits on signing this form.

The length and terms of this form

- This form is valid for 3 years from the date I signed or the date I last enrolled, whichever comes first, unless a shorter period is required by law
- I agree that if I reside in the state of Maryland, this form will be valid for no longer than 1 year from the date I signed
- I have the right to cancel this authorization. If I cancel, this means that Genentech and/or the Genentech Patient Foundation will no longer use or share my PII, but this will not apply to PII already used or shared or when it is required by law. If I reside in California, I also have the right to request that Genentech and/or the Genentech Patient Foundation delete my PII, although deletion is not required under certain circumstances. To cancel or request deletion, I must send a written notice to Genentech. It can be sent by fax or by mail to the address below. If I cancel and request deletion, I know that Genentech and the Genentech Patient Foundation will no longer be able to assist me with access to my Genentech products. The address is Genentech, 1 DNA Way, Mail Stop #858a, South San Francisco, CA 94080-4990

I understand that I, as the patient or signer, have a right to receive a copy of this signed form over the time it is valid.

Patient Consent Form – to be filled out by patient

*Required field
†Required if not the patient

SECTION 1: Patient Information

First name*

Last name*

Date of birth* (MM/DD/YYYY)

Preferred form of communication
(check all that apply)

☐ Email: _____

☐ Home phone[†]: (_____) _____ - _____

☐ Cell phone[†]: (_____) _____ - _____

A detailed message can be left to all numbers provided and/or all authorized individuals.

OK to leave detailed voice message?

☐ Yes ☐ No

OK to send a text message?

☐ Yes ☐ No

Best time to reach me:

☐ Morning ☐ Afternoon

Patient preferred language

Alternate contact name

Relationship to Patient

(_____) _____ - _____

Phone

Email

1A: Patient authorization via signature is required in order to obtain services from OCREVUS Access Solutions and Genentech Patient Foundation. By signing this box, you agree to the terms in the 'About Your Consent' section.

Sign and date here	
_____ Signature of Patient/Authorized Person*	_____/_____/_____ Date signed*
_____ Print first name [†]	_____ Print last name [†]
_____ Relationship to Patient (required if not the patient)	

1B: Patient consent to enroll in **optional** disease-specific education, support programs, market research and communication that may be considered marketing. I understand my PII may be needed for me to participate in these programs.

Choose to enroll by signing and dating here	
_____ Signature of Patient/Authorized Person	_____/_____/_____ Date signed
†By providing my phone number and signing Section 1B, I authorize Genentech to use auto-dialers or prerecorded and artificial voice to contact me. I understand that these calls/texts may mention the name of Genentech products or services, details about my insurance coverage and my doctor's name. I understand that I am not required to consent to being contacted by phone or text message as a condition of any purchase of Genentech products or enrollment. Message and data rates may apply. I understand that I may opt out of receiving these communications at any time by calling (877) GENENTECH (877-436-3683).	

1C: Financial Eligibility Information: Complete for Genentech Patient Foundation only.

By completing this section, I am agreeing to the terms and conditions of the Genentech Patient Foundation outlined on page 2.

Household size (including you): _____

Annual household income:

- ☐ Under \$75,000 ☐ \$75,000 – \$100,000
☐ \$100,001 – \$125,000 ☐ \$125,001 – \$150,000
☐ Over \$150,000

Choose to enroll by signing and dating here	
_____ Signature of Patient/Authorized Person	_____/_____/_____ Date signed
(Required if requesting assistance from the Genentech Patient Foundation)	