

## AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y AVISO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Teléfono: (866) 724-9394 Fax: (866) 724-9412 www.LUCENTISAccessSolutions.com

Estimado paciente:

LUCENTIS® Access Solutions™ es un programa auspiciado por Genentech USA, Inc. que proporciona servicios de apoyo tales como investigación sobre beneficios, autorizaciones previas y asistencia para apelaciones sin ningún cargo para los pacientes y los ayuda a obtener reembolsos por LUCENTIS (inyección de ranibizumab). Si un paciente no tiene seguro médico o se le considera una persona sin seguro médico debido a la negación por parte de los pagadores privados y públicos, y el paciente satisface ciertos criterios financieros, la fundación Genentech® Access to Care Foundation puede suministrarle LUCENTIS sin cargo alguno. Si necesita información adicional sobre estos programas, visite [www.LUCENTISAccessSolutions.com](http://www.LUCENTISAccessSolutions.com).

A fin de que LUCENTIS Access Solutions y Genentech Access to Care Foundation proporcionen los servicios descritos, necesitaremos examinar, utilizar y divulgar su información protegida de atención médica. Por ley, su proveedor de atención médica, plan de salud o compañía de seguro médico sólo pueden divulgar su información protegida de atención médica a LUCENTIS Access Solutions y Genentech Access to Care Foundation si cuentan con su autorización previa por escrito. En cuanto obtengamos su autorización previa por escrito, comenzaremos a trabajar para prestarle los servicios.

No está obligado a otorgar esta Autorización. Sin embargo, no otorgar esta Autorización podría impedir que tenga acceso a la asistencia para coberturas y reembolso de LUCENTIS Access Solutions y los programas de asistencia al paciente de Genentech Access to Care Foundation, lo que podría significar que usted necesite pagar ciertos productos con su dinero. Recibirá una copia de la Autorización que usted firme. Por favor, lea la presente Autorización detenidamente. Si tiene alguna pregunta acerca de esta Autorización, comuníquese con el consultorio de su proveedor de atención médica. La información de contacto se incluye más abajo.

### I. Información que se divulgará o utilizará

La presente Autorización permite que mis proveedores de atención médica, planes de salud o compañías de seguro médico que me prestan servicios utilicen y divulguen a LUCENTIS Access Solutions o Genentech Access to Care Foundation, sus representantes autorizados y apoderados, todos los expedientes médicos y la información financiera con respecto a mi tratamiento, que estén relacionados con los beneficios pagaderos por servicios o productos proporcionados por mi proveedor de atención médica, plan de salud o compañía de seguro médico dentro de cualquier plan que brinde beneficios o servicios, incluidos, entre otros, el saldo en dólares de los beneficios restantes según toda disposición aplicable de pago de beneficios máximos durante la vigencia de la póliza, o los beneficios que estén relacionados con mi afección médica o cumplimiento terapéutico. Toda esta información puede ser considerada información protegida de atención médica y, si fuera pertinente, podría incluir información sobre VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles, información de salud mental y/o información acerca de resultados de pruebas genéticas.

### II. Personas autorizadas a divulgar la información

La información protegida de atención médica que se identificó en el párrafo I puede ser divulgada por parte de mi proveedor de atención médica, plan de salud o compañía de seguro médico, o cualquier otra entidad o persona que pudiera tener mi información protegida de atención médica.

### III. Personas que pueden recibir la información

La información protegida de atención médica que se identificó en el párrafo I puede ser divulgada a y/o utilizada por LUCENTIS Access Solutions o Genentech Access to Care Foundation, su auspiciador Genentech USA, Inc., un fabricante biofarmacéutico ubicado en 1 DNA Way, Mail Stop #210, South San Francisco, CA 94080, y entidades relacionadas con el laboratorio, sus representantes o apoderados, algunos socios comerciales de Genentech, tales como Novartis Pharmaceuticals Corporation, así como otras empresas involucradas en la administración de ciertos productos de Genentech.

### IV. Descripción de cada propósito

Mi información protegida de atención médica puede ser utilizada con el propósito de efectuar reembolsos y/o participar en un programa de asistencia para coberturas y reembolsos o un programa de asistencia para pacientes administrados por LUCENTIS Access Solutions y Genentech Access to Care Foundation, respectivamente. Además, mi información protegida de atención médica puede ser utilizada para realizar un seguimiento del uso general de un producto de Genentech, evaluar y mejorar los servicios de cobertura, reembolso y servicios para pacientes de Genentech, y gestionar y administrar los negocios de Genentech de manera apropiada.

### V. Fecha o evento de vencimiento

Residentes de California solamente: A menos que yo la revoque por escrito, la presente Autorización estará en vigencia hasta el 31 de diciembre de 2015. Todos los demás residentes: A menos que yo la revoque por escrito, la presente Autorización estará en vigencia durante un año a partir de su fecha de aceptación.

### VI. Avisos

Entiendo que una vez que mi información de atención médica sea divulgada de acuerdo con la presente Autorización, conforme a las leyes federales, no existe garantía alguna de que el destinatario de la información de atención médica no la vuelva a divulgar a terceros. Es posible que cualquiera de dichos terceros no esté obligado a acatar esta Autorización o las leyes federales aplicables que regulen la utilización y divulgación de mi información de atención médica.

Entiendo que me puedo negar a firmar y que puedo revocar (en cualquier momento) la presente Autorización por cualquier motivo y que dicha negativa o revocación no afectará el comienzo, la continuidad ni la calidad del tratamiento que me proporcione mi proveedor de atención médica. Sin embargo, si me niego a firmar o revoco la presente Autorización, podría ser responsable de los costos que de lo contrario se harían cargo Genentech LUCENTIS Access Solutions o Genentech Access to Care Foundation.

Entiendo que la presente Autorización permanecerá en vigencia hasta que venza según lo anteriormente indicado o hasta que yo envíe una notificación de revocación por escrito por correo a LUCENTIS Access Solutions, 1 DNA Way, Mail Stop #210, South San Francisco, CA 94080, o por fax al (866) 724-9412. La revocación tendrá validez inmediata cuando mi proveedor de atención médica reciba mi notificación por escrito; no obstante, la revocación no afectará de manera alguna cualquier medida tomada por mi proveedor de atención médica o por otras personas o entidades mencionadas en esta Autorización, incluidas, entre otras, LUCENTIS Access Solutions o Genentech Access to Care Foundation, función de la presente Autorización antes de que mi proveedor de atención médica reciba mi notificación de revocación por escrito.

### VII. Declaración sobre distribución

También declaro (o mi padre/tutor declara por la presente) que utilizaré LUCENTIS con el propósito para el cual mi médico me lo haya recetado y no venderé ni distribuiré ningún producto de LUCENTIS, ya que reconozco que es ilegal hacerlo. Seré responsable de garantizar que cualquier producto de LUCENTIS que se me envíe sea entregado en una dirección segura para la recepción del envío y entiendo que es mi deber controlar cualquier producto de LUCENTIS mientras esté en mi poder.

FIRMA REQUERIDA

### VIII. Firma

He leído y entiendo los términos de la presente Autorización y he tenido oportunidad de hacer preguntas sobre la utilización y divulgación de mi información de atención médica. Mediante mi firma que aparece a continuación, autorizo, consciente y voluntariamente, la utilización y/o divulgación de mi información de atención médica de la manera anteriormente descrita.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de imprenta (requerida)      Firma del paciente o tutor\* (requerida)      Descripción de autoridad (requerida)

\_\_\_\_\_  
Dirección del paciente/tutor (requerida)

\*Si el paciente es un menor no emancipado o está discapacitado de alguna manera (física o mentalmente).      \_\_\_\_\_  
Fecha (requerida)

COMPLETAR SI ES NECESARIO

### IX. Información financiera

- Sólo aquellos pacientes que no tengan seguro médico (y pacientes a los que el seguro les haya negado tratamiento) y que deseen solicitar asistencia a Genentech Access to Care Foundation necesitan completar esta sección.
- No hay necesidad de llenar esta sección si el paciente tiene cobertura de seguro para LUCENTIS.

Ingreso familiar bruto ajustado:       \$0-25,000/año       \$25,001-50,000/año  
     \$50,001-75,000/año       \$75,001-100,000/año

Entiendo que para tener derecho a solicitar la asistencia, mis ingresos brutos ajustados no deben superar los \$100,000/año. Certifico que la anterior declaración sobre mis ingresos del año pasado es verdadera y que no tengo cobertura de seguro médico para LUCENTIS, incluidos Medicare, Medicaid u otros programas públicos, y que no cuento con los recursos económicos suficientes para pagar el tratamiento prescrito. Además, acepto presentar mi formulario 1040 del IRS (o si no cuento con uno, mi Declaración de Beneficios del Seguro Social o formulario W-2) dentro de los 45 días posteriores a la presentación de este formulario. Entiendo que si no presento esta documentación mi tratamiento puede ser interrumpido.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (complete si corresponde)      Fecha de la firma (complete si corresponde)