

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y AVISO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Teléfono: (800) 690-3023 Fax: (800) 963-1792 www.PulmozymeAccessSolutions.com

Estimado paciente:

Pulmozyme® Access Solutions™ es un programa auspiciado por Genentech USA, Inc. que ofrece servicios de asistencia tales como investigación de beneficios, autorizaciones previas y asistencia para apelaciones sin cargo para pacientes, y los ayuda a obtener reembolsos por Pulmozyme® (dornase alfa). Si un paciente no tiene seguro médico o se lo considera una persona sin seguro médico debido a una denegación por parte de pagadores privados y públicos, y el paciente satisface ciertos criterios económicos y médicos, la fundación Genentech® Access to Care Foundation puede suministrar productos Pulmozyme sin cargo alguno. Si necesita información adicional sobre estos programas, visite www.PulmozymeAccessSolutions.com.

A fin de que Pulmozyme Access Solutions y Genentech Access to Care Foundation puedan prestar los servicios indicados, 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 Pulmozyme Access Solutions y a 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 aceptar esta Autorización. Sin embargo, no suministrar esta Autorización podría impedir que tenga acceso a la asistencia para coberturas y reembolsos de Pulmozyme Access Solutions o a los programas de asistencia para pacientes 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.

Si tiene alguna pregunta de esta Autorización, por favor comuníquese con el consultorio de su proveedor de atención médica o puede comunicarse con Pulmozyme Access Solutions directamente al (800) 690-3023. 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 Pulmozyme Access Solutions o Genentech Access to Care Foundation, y 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 bajo cualquier plan que brinde beneficios o servicios, incluyendo, 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 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 la 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 Pulmozyme 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, así como otras compañías 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 Pulmozyme 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 y 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 la fecha de la aceptación de esta Autorización.

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 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 habrían hecho cargo Pulmozyme Access Solutions o Genentech Access to Care Foundation.

VI. AVISOS (continuación)

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 Pulmozyme Access Solutions, 1 DNA Way, Mail Stop #210, South San Francisco, CA 94080, ó por fax al (800) 963-1762. La revocación tendrá validez inmediata a partir de que mi proveedor de atención médica reciba mi notificación por escrito; no obstante, la revocación no afectará de manera alguna cualquier medida tomada por parte de mi proveedor de atención médica o por otras personas o entidades referenciadas en esta Autorización, incluyendo, entre otros, a Pulmozyme Access Solutions o Genentech Access to Care Foundation, en función de la presente Autorización antes de que mi proveedor de atención médica haya recibido mi notificación de revocación por escrito.

VII. Declaración sobre distribución

Declaro por el presente (o mi padre/tutor declara por el presente) que si recibo un producto gratuito de Pulmozyme to Care Foundation, lo utilizaré con el propósito para el cual mi médico me lo haya recetado. Entiendo que el producto gratuito se refiere únicamente al medicamento y que, con excepción de Pulmozyme Starter Rx, necesitaré hacer arreglos por separado para obtener el nebulizador. No venderé ni distribuiré ningún producto de Pulmozyme, ya que como reconozco es ilegal hacerlo. Seré responsable de garantizar que cualquier producto de Pulmozyme, que me sea enviado sea entregado en una dirección segura para la recepción del envío y entiendo que es mi deber controlar cualquier producto de Pulmozyme, mientras esté en mi poder.

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 (requerido)

Firma del paciente o tutor* (requerida)

Fecha (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)

FIRMA REQUERIDA

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 es necesario completar esta sección si el paciente tiene cobertura de seguro para Pulmozyme.

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 durante el año pasado es verdadera y que no tengo cobertura de seguro médico para Pulmozyme, incluyendo 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 IRS 1040 (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.

COMPLETAR SI ES NECESARIO

Firma del paciente (completar si corresponde)

Fecha en que firma (completar si corresponde)

CF LivingTM

Autorizo a Genentech USA, Inc. a inscribirme/inscribir a mi hijo en CF Living, un programa educativo diseñado para ofrecer información y apoyo a quienes viven con fibrosis quística o cuidan de alguien con fibrosis quística. Entiendo que mi nombre, dirección, dirección de correo electrónico y número telefónico, una vez los proporcione, serán enviados por Pulmozyme Access Solutions a CF Living para completar mi inscripción. Estoy de acuerdo con que, en el futuro, Genentech y sus agentes me contacten por correo, correo electrónico y/o teléfono con respecto al programa CF Living. Entiendo que toda mi información que pueda identificarse personalmente se mantendrá en estricta confidencialidad y no será distribuida fuera de Genentech o sus agentes, según lo estipula la política de privacidad de Genentech USA, Inc. (disponible en www.pulmozyme.com). Además entiendo que no necesito firmar esta Autorización a fin de recibir Pulmozyme o de participar en el programa de Pulmozyme Access Solutions o de Genentech Access to Care Foundation y que puedo cancelar la presente Autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a Genentech, por medio de su agente al PO Box 27279, Mission, KS 66201-9624.

OPCIONAL

Firma del paciente (opcional)

Dirección de correo electrónico del paciente (opcional)

Fecha (opcional)