

Autorización del paciente y Aviso de divulgación de información



Estimado paciente:

XOLAIR® Access Solutions es un programa auspiciado por Genentech, a través de una o más de sus filiales (“Genentech”), que ofrece servicios de apoyo tales como investigación de beneficios, autorizaciones previas y asistencia para apelaciones sin cargo para pacientes y los ayuda a obtener reembolsos por XOLAIR® (Omalizumab) para uso subcutáneo. Si un paciente no tiene seguro médico o se le 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, es posible que la fundación Genentech® Access to Care Foundation le suministre al paciente XOLAIR sin cargo alguno. Si necesita información adicional sobre estos programas, visite XOLAIRAccessSolutions.com. A fin de que XOLAIR Access Solutions y Genentech Access to Care Foundation puedan prestar estos servicios, necesitaremos examinar, utilizar y divulgar su información médica protegida (protected health information, PHI). Por ley, su proveedor de atención médica, plan de salud o compañía de seguro médico solo pueden divulgar su PHI a XOLAIR Access Solutions y a Genentech Access to Care Foundation si cuentan con su autorización previa por escrito. En cuanto obtengamos su autorización por escrito, comenzaremos a trabajar para prestarle los servicios.

No está en la obligación de aceptar esta Autorización. Sin embargo, si decide no suministrar esta Autorización, ni XOLAIR Access Solutions ni Genentech Access to Care Foundation podrán prestarle asistencia a usted y/o a su médico. Recibirá una copia de la Autorización que usted firme. 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.

AUTORIZACIÓN

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 proveen servicios, utilicen y divulguen a XOLAIR Access Solutions o a Genentech Access to Care Foundation, y sus representantes autorizados y apoderados, todos los expedientes médicos y la información financiera relacionada con mi tratamiento que puedan tener incidencia en 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 de conformidad con cualquier disposición pertinente de pago máximo de beneficios durante la vida del beneficiario o que puedan tener incidencia en mi afección médica o el cumplimiento del tratamiento. Toda esta información puede ser considerada PHI y puede incluir, de ser relevante, información sobre VIH/SIDA y/u otras enfermedades transmisibles, información de salud mental y/o información acerca de resultados de pruebas genéticas.

Autorización del paciente y Aviso de divulgación de información



II. Personas autorizadas a divulgar información

La PHI descrita en el Párrafo I puede ser divulgada por mi proveedor de atención médica, plan de salud o compañía de seguro médico o terceros que pudieran tener mi PHI.

III. Personas a las que podrá divulgarse la información

La PHI descrita en el Párrafo I puede ser divulgada a y/o utilizada por XOLAIR Access Solutions, Genentech Access to Care Foundation, Clinical Sales Representatives, su patrocinador Genentech, un fabricante biofarmacéutico ubicado en 1 DNA Way, Mail Stop #210, South San Francisco, CA 94080, y entidades, con él relacionadas, sus representantes o apoderados y algunos socios comerciales de Genentech, tales como Novartis Pharmaceuticals Corporation, así como otras empresas involucradas en la administración de algunos productos de Genentech.

IV. Descripción de cada propósito

Mi PHI 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 administrado por XOLAIR Access Solutions y Genentech Access to Care Foundation, respectivamente. Además, mi PHI puede ser utilizada para realizar un seguimiento del uso general de un producto de Genentech, evaluar y mejorar los servicios de cobertura, reembolso y asistencia para pacientes de Genentech, así como para la adecuada gestión y administración de los negocios de Genentech. Además, si elijo participar en el programa Xpansions, un programa gratuito de apoyo para el paciente auspiciado por Genentech USA, Inc. y Novartis Pharmaceuticals Corporation, mi PHI podría ser compartida con el programa Xpansions.

V. Fecha o evento de vencimiento

Solo para residentes de California: 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 esta Autorización.

VI. Avisos

Entiendo que una vez que mi PHI sea divulgada de acuerdo con la presente Autorización, conforme a las leyes federales no existe garantía alguna de que el destinatario de mi PHI no la divulgue a su vez a terceros. Es posible que dichos terceros no estén obligados a acatar esta Autorización ni las leyes federales pertinentes que regulan el uso y divulgación de mi PHI. Entiendo que me puedo negar a firmar o que puedo revocar (en cualquier momento) la presente Autorización por cualquier motivo y que dicha negativa o revocación no afectará el comienzo, la continuidad o la calidad del tratamiento proporcionado por mi proveedor de atención médica. Sin embargo, si me niego a firmar la presente Autorización o la revoco, puede que esto afecte la continuidad de cualquier servicio que de otro modo habría sido suministrado por XOLAIR Access Solutions o Genentech Access to Care Foundation.

Autorización del paciente y Aviso de divulgación de información



XOLAIRAccessSolutions.com

Access Solutions™
Treatment made possible.

VI. Avisos (continuación)

Entiendo que la presente Autorización permanecerá en vigencia hasta que venza según lo indicado o hasta que yo envíe un aviso de revocación por escrito por correo a XOLAIR Access Solutions, 1 DNA Way, Mail Stop #210, South San Francisco, CA 94080, o por fax al (800) 704-6612. La revocación tendrá validez inmediata a partir del momento en que mi proveedor de atención médica reciba mi aviso por escrito; no obstante, la revocación no tendrá efecto alguno sobre cualquier medida que tome mi proveedor de atención médica o terceros que se mencionan en esta Autorización, incluyendo, entre otros, a XOLAIR 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 aviso de revocación por escrito.

VII. Declaración sobre distribución

Declaro por la presente (o mi padre/madre/tutor declara por la presente) que si recibo un producto gratuito de Genentech Access to Care Foundation, utilizaré XOLAIR con el propósito para el cual mi médico me lo haya recetado y no venderé ni distribuiré XOLAIR, ya que reconozco que es ilegal hacerlo. Seré responsable de garantizar que XOLAIR sea entregado en una dirección de correo segura para fines de recepción del envío y entiendo que es mi deber controlar XOLAIR mientras esté en mi poder.

VIII. Firma

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

Aviso de autorización del paciente

Firma requerida

Nombre del paciente con letra de imprenta

Firma del paciente o tutor*

Descripción de autoridad

Fecha

**Si el paciente es un menor no emancipado o se encuentra incapacitado (física o mentalmente) de algún otro modo.*

Dirección del paciente/tutor

IX. Información financiera

Solo aquellos pacientes que no tengan seguro médico (y pacientes a los que el seguro les haya negado tratamiento) y deseen solicitar asistencia a Genentech Access to Care Foundation necesitan completar esta sección

Autorización del paciente y Aviso de divulgación de información



XOLAIRAccessSolutions.com

Access Solutions™
Treatment made possible.

Completar si es necesario

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 XOLAIR, 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 siguientes a la presentación de este formulario. Entiendo que si no presento esta documentación mi tratamiento puede ser interrumpido.

Firma del paciente (completar si es necesario)

Fecha de firma (completar si es necesario)

Xpansions/Plan gratuito de apoyo para pacientes

Autorizo a Genentech y a Novartis Pharmaceuticals Corporation (los "Patrocinadores") a inscribirme en el programa de apoyo para pacientes, Xpansions. Entiendo que mi información de identificación personal con respecto a asma alérgica y mi tratamiento con XOLAIR es requerida para participar en el programa de apoyo. Además de la información que yo provea directamente al programa, entiendo que cualquier información personal que yo haya proveído será compartida entre XOLAIR Access Solutions y el programa Xpansions.

Xpansions es una comunidad exclusivamente para personas que han añadido XOLAIR a su régimen de tratamiento del asma alérgica.

Al unirme al programa Xpansions, entiendo que mi información personal será usada por profesionales de atención médica para prestarme asistencia mientras esté usando XOLAIR. Mi información personal también se utilizará para realizar el seguimiento del uso general de XOLAIR, para mejorar el programa de apoyo, para proveerme con materiales relacionados al programa y para ayudar a los Patrocinadores en la gestión de sus negocios.

Mi información podrá combinarse con información adicional de este u otros programas en los cuales participe, como información sobre prescripciones cuando canjeo tarjetas o vales de ahorros.

Entiendo que mi información de identificación personal se compartirá con los Patrocinadores, sus agentes y afiliados y con mi proveedor de atención médica. Estoy de acuerdo con que, en el futuro, se comuniquen conmigo por correo, correo electrónico y/o por teléfono con respecto al programa Xpansions. La privacidad y seguridad de mi información personal son importantes para Novartis y Genentech, Inc. La información personal que usted nos provea será compartida con y entre nuestros asociados, afiliados y agentes para proveerle información, productos, programas y servicios, así como para llevar a cabo investigaciones de mercado.

Entiendo que no necesito firmar esta Autorización a fin de recibir XOLAIR o ser elegible para los programas de asistencia de XOLAIR Access Solutions/Genentech Access to Care Foundation y que puedo cancelar la presente Autorización en cualquier momento llamando al (866) 496-5247.

Opcional

Xpansions

X

Firma del paciente*

Correo electrónico del paciente

Número de teléfono del paciente

Fecha

*Usted deberá firmar arriba para inscribirse en el programa Xpansions.