GENENTECH
PATIENT FOUNDATION

Formulario de la Fundación para Médicos

Instrucciones
Gene.com/fundacion

Teléfono: (888) 941-3331 **Fax:** (833) 999-4363
*Campo obligatorio M-US-00026263(v2.0)

¿Quién es elegible? La Fundación de Pacientes de Genentech ofrece medicamentos gratuitos a personas:

Sin seguro
Con un ingreso inferior a $150,000*

O BIEN

Pacientes con seguro que no cubre un medicamento de Genentech†
Con un ingreso inferior a $150,000*

O BIEN

Pacientes con seguro que cubre un medicamento de Genentech
- Con un gasto máximo de bolsillo (establecido por su plan de seguro médico) superior al 7.5% de los ingresos anuales del paciente
- Con el tamaño del hogar y los ingresos dentro de los criterios enumerados a la derecha

Tamaño del hogar	Ingresos anuales
1 persona	Menos de $75,000
2 personas	Menos de $100,000
3 personas	Menos de $125,000
4 personas	Menos de $150,000*

Si no se aplica a ninguna de las ***3 situaciones*** o si no está seguro de la cobertura del seguro médico de su paciente, Genentech Access Solutions puede ayudar. Genentech Access Solutions proporciona un apoyo de acceso y reembolso útil para ayudar a sus pacientes y a su consultorio.

Llame al **(866) 422-2377** o visite **Genentech-Pro.com** para obtener más información.

*Para todos los tipos de pacientes, añada $25,000 por cada persona adicional en hogares de más de 4 personas.
† La Fundación de Pacientes de Genentech no proporciona medicamentos gratuitos en caso de un error administrativo o una restricción de la cobertura. Pueden aplicarse algunas excepciones.

Para obtener una lista actualizada de los medicamentos cubiertos por la Fundación de Pacientes de Genentech, visite **Gene.com/fundacion** o llame al **(888) 941-3331**.

Solicitar apoyo

Cómo solicitar
El paciente completa el **Formulario de Consentimiento del Paciente** (casilla 1 y casilla 2 obligatorias) y el médico prescriptor completa la página 2 del **Formulario de la Fundación para Médicos**. Para un procesamiento rápido y eficiente, asegúrese de enviar los formularios del paciente y del médico prescriptor juntos.

	Formulario de Consentimiento del Paciente	Formulario de la Fundación para Médicos
Dónde encontrarlo	Gene.com/patients/enrollment	Gene.com/fundacion
Cómo enviarlo	Envío electrónico My Patient Solutions® for Health Care Practices Envíe una foto por mensaje de texto al (650) 877-1111 Envíe un fax al (833) 999-4363	Envíe un fax al (833) 999-4363

¿Qué esperar después de presentar la solicitud?
Una vez que se determine la elegibilidad, se contactará al paciente y al médico prescriptor para informarles del resultado de la solicitud y los próximos pasos.

Este programa está destinado a ayudar a pacientes que viven en los Estados Unidos y que están siendo tratados por un médico con licencia estadounidense. No recopilamos ni exigimos información de inmigración/ciudadanía.

©2025 Genentech USA, Inc. So. San Francisco, CA Todos los derechos reservados. M-US-00026263(v2.0) Impreso en los EE.UU.

GENENTECH
PATIENT FOUNDATION

Formulario de la Fundación para Médicos

Instrucciones
Gene.com/fundacion

Teléfono: (888) 941-3331 **Fax:** (833) 999-4363
***Campo obligatorio** M-US-00026263(v2.0)

PASO 1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

***Nombre:** _____ ***Apellido(s):** _____ ***Fecha de nacimiento:** ____ /____ /____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ***Calle:** _____ Apt.: _____ ***Ciudad:** _____

***Estado:** _____ ***Código postal:** _____ Teléfono: (____) ____ - _____ Tipo de teléfono: ☐ Celular ☐ Casa

Idioma preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____ ☐ No contactar al paciente

PASO 2 *INFORMACIÓN DEL SEGURO OBLIGATORIA

¿El paciente tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo: se deben adjuntar copias de todas las tarjetas del seguro (ambos lados).

Si tiene seguro, ¿el seguro del paciente denegó la cobertura del medicamento? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo: deben adjuntarse copias de todos los documentos de denegación.

¿Se adjuntan copias de todas las tarjetas del seguro? ☐ Sí ☐ No ☐ N/C

¿Se adjuntan las cartas de denegación del seguro y otra documentación? ☐ Sí ☐ No ☐ N/C

PASO 3 INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO

***Medicamento(s) de Genentech:** _____

_____

***Código del diagnóstico primario:** _____

¿El paciente ha comenzado el tratamiento? ☐ Sí ☐ No

Códigos de otros diagnósticos: _____

PASO 4 INFORMACIÓN SOBRE EL ENVÍO

***Marque una opción de envío:**

☐ **Por adelantado:** medicamento específico del paciente entregado en su domicilio o en el consultorio o centro de tratamiento del paciente.

☐ **Reemplazo:** el médico prescriptor utiliza su propio inventario, que será repuesto por la fundación.

Envío al: ☐ Paciente ☐ Prescriptor/Consultorio

¿El centro de tratamiento externo está afiliado al mismo sistema de salud que el médico prescriptor? ☐ Sí ☐ No

La siguiente información es obligatoria si se recibe el envío de medicamento(s) de Genentech en un centro de tratamiento o lo recibe el médico prescriptor/consultorio.

Nombre del centro de tratamiento: _____

Calle: _____ Oficina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de contacto: _____

Teléfono de contacto: (____) ____ - _____ Fax de contacto: (____) ____ - _____

PASO 5 INFORMACIÓN SOBRE LA RECETA

Si lo prefiere, puede adjuntar una receta escrita o enviar la receta de manera electrónica. Las recetas electrónicas pueden enviarse a través de un software de prescripción electrónica o un registro médico electrónico que haya sido certificado por Surescripts. Consulta para Medvantx o AmeriPharm en Sioux Falls, SD 57104. NPI-1073692745 o NCPDP-4351968.

Medicamento(s) de Genentech	Tamaño/dosis	Cantidad	Frecuencia/instrucciones (para medicamentos basados en el peso, incluya la dosis exacta o el peso del paciente)	Resurtidos
				☐ 1 año ☐ Otro: _____

Alergias a fármacos: ☐ No se conoce ☐ Otro: _____

Otros medicamentos recetados: _____

PASO 6 INFORMACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

***Nombre:** _____ ***Apellido:** _____

Nombre del consultorio: _____ **N.° NPI del médico prescriptor:** _____

***Calle:** _____ Oficina: _____

***Ciudad:** _____ ***Estado:** _____ ***Código postal:** _____

Nombre de contacto del consultorio: _____ Teléfono de contacto: (____) ____ - _____ Fax de contacto: (____) ____ - _____

Si es residente de un estado de EE. UU. que otorga ciertos derechos con respecto a su información personal, puede encontrar una descripción completa de la información personal que podemos recopilar y procesar, los fines para los que Genentech la utiliza y sus derechos en virtud de las leyes estatales de privacidad relativas a su información personal en nuestro aviso de privacidad disponible en **www.gene.com/es/politica-de-privacidad.**

PASO 7 CERTIFICACIÓN DE PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Al firmar a continuación, acepto lo siguiente: (A) El medicamento de Genentech mencionado arriba es clínicamente necesario para este paciente. **(B)** He recibido autorización para divulgar la información anterior y otra información médica protegida (según lo definido por la HIPAA) a la Fundación de Pacientes de Genentech y sus afiliados. **(C)** No solicitaré el reembolso del producto gratuito proporcionado al paciente. **(D)** Mi paciente cumple los criterios de la Fundación de Pacientes de Genentech y, a mi leal saber y entender, no tiene cobertura de seguro para medicamentos recetados (incluidos Medicaid, Medicare u otros programas públicos o privados) para el medicamento de Genentech mencionado anteriormente o no puede costear los gastos compartidos asociados a su cobertura de seguro para este medicamento. Si el paciente está inscrito en un plan de seguro, el plan no exige que el paciente presente una solicitud a la Fundación de Pacientes de Genentech y/o no ha modificado ni ocultado la cobertura del paciente para el medicamento de Genentech con el fin de que parezca que tiene un seguro insuficiente y que es elegible para la Fundación de Pacientes de Genentech. **(E)** Entiendo que Genentech se reserva el derecho de modificar o discontinuar el programa en cualquier momento y de verificar la exactitud de la información enviada. **(F)** Si la indicación para la que receta un producto de Genentech no está incluida en la etiqueta aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), está recetando el medicamento para un uso "no aprobado", lo que significa que la FDA no ha aprobado la eficacia, la cantidad de la dosis o la seguridad de este medicamento para dicho uso. La Fundación de Pacientes de Genentech puede proporcionarle el medicamento a su paciente, según su pedido médico y según los requisitos del programa. **(G)** En el caso de los pacientes asegurados, comprendo que la Fundación de Pacientes de Genentech no proporciona fármacos gratuitos en caso de un error administrativo o una restricción de cobertura, como una terapia escalonada. Para ciertos productos donde la terapia escalonada puede no ser médicamente apropiada, según lo confirme el médico prescriptor, la Fundación de Pacientes de Genentech puede considerar el apoyo después de 1 nivel de apelación. **(H)** Para los médicos prescriptores que se encuentran en estados con requisitos de prescripción electrónica, como Nueva York, las recetas deben presentarse mediante receta electrónica directamente a la farmacia junto con este formulario de inscripción.

Firme, feche y envíe por fax al **(833) 999-4363**

***Firma del proveedor de atención médica:** _____ ***Fecha:** ____ /____ /____
(Se requiere firma original o sellada)

HIPAA=Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996; NPI=Identificador Nacional del Proveedor.

©2025 Genentech USA, Inc. So. San Francisco, CA Todos los derechos reservados.