



# PROGRAMA DE APOYO AL PACIENTE

## Formulario de solicitud de ayuda financiera

Adaptive Biotechnologies se compromete a brindar oportunidades de asistencia financiera a pacientes que reciban clonoSEQ®, reúnan los requisitos y tengan una necesidad económica comprobada y de conformidad con las condiciones del Programa de apoyo al paciente.

Para ser elegible para la inscripción en el Programa de apoyo al paciente, éste debe reunir todos los criterios a continuación:

- Ser ciudadano o residente legal de Estados Unidos de 18 años de edad o más. Los pacientes menores de 18 años son elegibles, pero uno de los padres o el tutor legal debe firmar al formulario de solicitud.
- No tener seguro o tener uno que no cubra el costo total de las pruebas clonoSEQ.
- Satisfacer los requisitos de necesidad económica en función de los ingresos del paciente y de la cantidad de personas en su hogar o la suma

de los gastos médicos como porcentaje de los ingresos familiares\*.

- Enviar un formulario de solicitud lleno y firmado, incluyendo reconocimiento del requisito de presentar la declaración de renta, el formulario W-2, un recibo de pago u otro documento equivalente con el que se demuestre la necesidad económica si, y en caso de que, se le seleccione para participar en la verificación inicial de inscripción. Si corresponde, es posible que se requiera el total de gastos médicos que reúnen los requisitos, incluyendo recibos de medicamentos o pruebas.
- Ni esta solicitud ni el Programa de apoyo al paciente constituyen un contrato. Adaptive Biotechnologies se reserva el derecho de cambiar el programa, en su totalidad o parcialmente, en cualquier momento según su criterio absoluto.

1

### Información del paciente

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
N.º de teléfono principal: (    )	-	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
N.º de teléfono alternativo: (    )	-	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular
Dirección de correo electrónico:			
Método de contacto de preferencia: <input type="checkbox"/> N.º de teléfono principal <input type="checkbox"/> N.º de teléfono alternativo <input type="checkbox"/> Correo electrónico			
Me gustaría que la notificación sobre la decisión de elegibilidad de inscripción se envíe a: <input type="checkbox"/> La dirección anterior <input type="checkbox"/> La siguiente dirección:			
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	/	/	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

\*Solo los gastos médicos propios reúnen los requisitos. Además, el gasto médico debe ser necesario por razones médicas. Ejemplos de exclusiones que no son necesarias por razones médicas incluyen la cirugía cosmética y los productos de venta al por menor. Es posible que se requiera una carta de necesidad médica del médico responsable para determinar la necesidad por razones médicas.

2

## Información financiera

Ingresos familiares brutos totales\*\*  
Ingresos mensuales:

-O- Ingresos anuales:

Número de personas en el hogar:

Gastos médicos totales del período anterior de 12 meses:

3

## Certificación del paciente

**Adaptive Biotechnologies llevará a cabo una evaluación inicial de los pacientes que solicitan el Programa de apoyo al paciente. Los pacientes que sean seleccionados para la evaluación recibirán una carta de Adaptive Biotechnologies informándoles que es posible que reúnan los requisitos para recibir asistencia, pero que se requieren documentos para confirmarse su elegibilidad. Los pacientes seleccionados tendrán entonces que proporcionar la declaración de renta, el formulario W-2, un recibo de pago reciente u otro documento equivalente con el que se demuestre la necesidad económica en un plazo de 45 días después de la notificación de su selección para participar en la evaluación. Si el paciente no presenta los documentos requeridos en el plazo de 45 días, o si se establece, en función de los documentos presentados, que no reúne los requisitos, se le informará que no reúne los requisitos del programa.**

Certifico que la información contenida en estas solicitudes es completa y correcta a mi conocimiento.  
\_\_\_\_\_ (iniciales)

Certifico que cumpliré con los requisitos de la evaluación del Programa de apoyo al paciente de Adaptive Biotechnologies si se me selecciona para dicha evaluación. \_\_\_\_\_ (iniciales)

Certifico que notificaré a Adaptive Biotechnologies en un plazo de 30 días en caso de algún cambio en mi estado con respecto a mis ingresos o cobertura de atención médica. \_\_\_\_\_ (iniciales)

También entiendo que la inscripción en el Programa de apoyo al paciente dependerá de mi disposición a apoyar cualquier apelación en cuanto a reclamos denegados que Adaptive Biotechnologies realice en mi nombre.  
\_\_\_\_\_ (iniciales)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Si el paciente es menor de 18 años, uno de los padres o el tutor legal deben firmar a continuación:*

Nombre del padre, la madre o el tutor legal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Envío de la solicitud

**Tenga la amabilidad de enviar su formulario de solicitud lleno y firmado por correo electrónico, fax o correo postal.**

4

**Correo electrónico:**  
AdaptiveBiotech@mylabbill.com

-O-

**Fax:**  
1-440-788-2137

-O-

**Dirección postal:**  
Adaptive Biotechnologies  
Dept LA 24084  
Pasadena, CA 91185-4084

**En la mayoría de los casos, Adaptive Biotechnologies le enviará una carta de notificación indicando su determinación final de elegibilidad para el programa en un plazo de diez días laborales después de recibir su solicitud llena y firmada. Un formulario incompleto podría resultar en demoras de trámite o inscripción.**

\*\*Los ingresos familiares brutos totales son la cantidad de dinero que todas las personas de una familia ganan de todo tipo de fuentes (p. ej., salario, sueldo, propinas, ganancias de capital, interés, jubilaciones) antes de pagar impuestos. Los ingresos familiares brutos totales y el número de personas en el hogar son campos obligatorios y se usarán para poder determinar la elegibilidad para recibir ayuda financiera.

clonoSEQ es una prueba aprobada por la FDA que se usa para detectar enfermedad residual medible (ERM) en la médula ósea de pacientes con mieloma múltiple o leucemia linfoblástica aguda de linfocitos B (LLA-B) y sangre o médula ósea de pacientes con leucemia linfocítica crónica (LLC). clonoSEQ también está disponible para su uso en otros cánceres linfoides como un servicio de pruebas desarrolladas en laboratorio (LDT) validado por CLIA. Para obtener información importante sobre los usos de clonoSEQ aprobados por la FDA, incluidas las limitaciones de las pruebas, visite [clonoSEQ.com/technical-summary](http://clonoSEQ.com/technical-summary).