



### ¿Tiene preguntas?

Llame a nuestro equipo de apoyo al paciente al **1-855-236-9230**.

De lunes a jueves de 9 A. M. a 7 P. M. y los viernes de 9 A. M. a 5 P. M., hora del Este.

## PROGRAMA DE APOYO AL PACIENTE

### Formulario de solicitud de ayuda financiera

Adaptive Biotechnologies se compromete a brindar oportunidades de ayuda 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 reunir los requisitos de inscripción en el Programa de apoyo al paciente, este 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 reúnen los requisitos, 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 de inscripción por adelantado. 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 conserva el derecho de cambiar el programa, total o parcialmente, en cualquier momento según su criterio absoluto.

1

#### Información del paciente

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
N.º de teléfono principal: (     )     - <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Del trabajo <input type="checkbox"/> Celular		
N.º de teléfono alternativo: (     )     - <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Del 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 a la 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 por adelantado de los pacientes que solicitan el Programa de apoyo al paciente. Los pacientes que se seleccionan al azar para la evaluación reciben una carta de Adaptive Biotechnologies en la que se les informa que es posible que reúnan los requisitos de ayuda, pero que se requieren documentos para confirmar los requisitos. 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 demuestren 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 informará al paciente que no reúne los requisitos del programa.**

Certifico que la información contenida en esta solicitud está completa y es correcta a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_ (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 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 elegibilidad inicial para el programa en un plazo de diez días laborales después de recibir su solicitud llena y firmada.****Todo 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.

La Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) ha autorizado el uso del análisis clonoSEQ en pacientes con leucemia linfoblástica aguda de linfocitos B y mieloma múltiple para detectar y observar la enfermedad residual cuantificable (MRD, por sus siglas en inglés) en muestras de médula ósea. clonoSEQ también está disponible para su uso en otros cánceres linfoides como prueba de laboratorio regulada por las reformas sobre el mejoramiento de los laboratorios clínicos (CLIA, por sus siglas en inglés). Disponible con receta médica solamente. Los resultados pueden variar. Los resultados de clonoSEQ deben usarse siempre conjuntamente con el examen clínico, los antecedentes médicos del paciente y otros resultados. Hable con su médico para saber si la prueba clonoSEQ es adecuada para usted.