

PARA COMPLETAR POR EL PACIENTE

Sección 1. Información del paciente

Nombre del paciente (nombre, inicial de segundo nombre, apellido) _____ Fecha de Nac. _____ Género F M
Dirección _____ Ciudad _____
Estado _____ Código Postal _____ Idioma preferido (si no es inglés) _____

Teléfono móvil (_____) Número preferido Correo de voz
Mejor momento para llamar 8:00 a 10:00 A. M. 10:00 A. M. a 12:00 M. 12:00 a 2:00 P. M.

Teléfono alternativo (_____) Número preferido Correo de voz
 2:00 a 4:00 P. M. 4:00 a 6:00 P. M. 6:00 a 9:00 P. M.

He leído el Consentimiento para recibir mensajes de texto en la Sección 8 y acepto expresamente recibir mensajes de texto del Programa o en su nombre.

Correo electrónico _____

Autorizaciones del paciente

He leído y acepto la Autorización del paciente para el uso y divulgación de la información médica incluida en la Sección 7.

He leído y acepto las Certificaciones del paciente incluidas en la Sección 8.

Firma del paciente

(1 de 2) Firma del paciente o del representante legal si el paciente es menor de 18 años Fecha _____

Nombre en letra de imprenta si está firmado por el representante legal de un paciente menor de 18 años

Firma del paciente

(2 de 2) Firma del paciente o del representante legal si el paciente es menor de 18 años Fecha _____

Relación del representante con el paciente si este fuera menor de 18 años

Sección 2. Ingresos familiares Requeridos si se inscribe en el Programa de ayuda al paciente de **DUPIXENT MyWay**.

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

¿Cuál es el ingreso anual total de su hogar? _____

Para obtener información adicional sobre el Programa de ayuda al paciente, consulte la Sección 8, *Certificaciones del paciente*.

(Incluye sueldos o salarios, ingresos por Seguro Social, beneficios del seguro de desempleo, ingresos por discapacidad, cualquier otro ingreso del hogar).

PARA COMPLETAR POR EL MÉDICO

Sección 3. Información del seguro El paciente no tiene seguro. (Complete la Sección 2). Se adjuntan copias del anverso y reverso de la receta principal y las tarjetas médicas.

Nombre del seguro **primario de medicamentos con receta** _____

Nombre del seguro **médico primario** _____

Teléfono del seguro de **medicamentos con receta** (_____) _____

Teléfono del seguro (_____) _____

N.º de identificación de la póliza _____ N.º de Grupo _____

N.º de identificación de la póliza _____ N.º de Grupo _____

N.º BIN de receta _____ N.º PCN de receta _____

Nombre del titular de la póliza (nombre y apellido) _____

Relación con el paciente _____

Ya he enviado esta receta a la farmacia especializada.

Al marcar la casilla, reconozco que **DUPIXENT MyWay** no realizará una verificación de beneficios. La farmacia especializada es responsable de asegurar la cobertura en nombre de mi paciente.

Mi farmacia especializada preferida es _____ Teléfono (_____) _____ Fax (_____) _____

Sección 4. Información del médico

Nombre del médico _____

Nombre del sitio o centro _____

Especialidad _____

Nombre del contacto en la oficina _____

Dirección _____

Correo electrónico del contacto en la oficina _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (_____) _____ Fax (_____) _____

Número NPI del médico _____

N.º de identificación fiscal _____

Sección 5. Diagnóstico (Elija UNO) Fecha del diagnóstico ____/____/____

Asma de moderada a grave caracterizada por un fenotipo eosinofílico o con asma dependiente de corticosteroides orales Diagnóstico primario

Rinosinusitis crónica con poliposis nasal Diagnóstico primario

J45.50 Asma persistente grave, sin complicaciones

J33.9 Pólipos nasales, no especificados J33.0 Pólipo de la cavidad nasal

J45.40 Asma persistente moderada, sin complicaciones

Otro código ICD-10-CM

ICD-10-CM=Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión, Modificación Clínica.

Dermatitis atópica de moderada a grave Diagnóstico primario

L20.9 Dermatitis atópica, no especificada L20.89 Otra dermatitis atópica

! El médico debe completar la información de prescripción requerida en la página 2

Consulte la información de prescripción completa adjunta o visite DUPIXENThcp.com.

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
Nombre del médico	N.º de teléfono del médico
Dirección del médico	
N.º NPI	N.º de licencia estatal del médico (Requerido para médicos en Puerto Rico solamente)

Sección 6a. Información de prescripción de DUPIXENT® (dupilumab)

Para los pacientes con SEGURO MÉDICO COMERCIAL, es posible que el Programa de Inicio Rápido pueda proporcionarles DUPIXENT sin costo alguno si hay un retraso en la cobertura. Complete las secciones 6a y 6b en su totalidad para determinar la elegibilidad del paciente.

<p>Receta: DUPIXENT® (dupilumab) (100 mg/0.67 ml, 200 mg/1.14 ml o 300 mg/2 ml)</p> <p>Receta: <input type="checkbox"/> Nuevo inicio <input type="checkbox"/> Muestra proporcionada del producto Fecha ____/____/____</p> <p>Tipo de dispositivo (Elija UNO): <input type="checkbox"/> Jeringa precargada (100/200/300 mg) <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> Pluma precargada (200/300 mg) (para uso en adolescentes de 12 años o más)</p> <p>Alergias conocidas a medicamentos _____</p> <p>Cant.: 1 paquete (paquete de 2 jeringas o 2 plumas) Resurtidos _____ Suministro en días: _____</p>	
<p>Asma de moderada a grave caracterizada por un fenotipo eosinofílico o con asma dependiente de corticosteroides orales</p>	<p>Pacientes de 12 años o más</p> <p><input type="checkbox"/> Dosis inicial: 400 mg SIG: 2 inyecciones subcutáneas (200 mg/1.14 ml) el Día 1 <input type="checkbox"/> Dosis posteriores (de mantenimiento): 200 mg SIG: 1 inyección subcutánea (200 mg/1.14 ml) cada 2 semanas, a partir del Día 15</p> <p><input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> Dosis inicial: 600 mg SIG: 2 inyecciones subcutáneas (300 mg/2 ml) el Día 1 <input type="checkbox"/> Dosis posteriores (de mantenimiento): 300 mg SIG: 1 inyección subcutánea (300 mg/2 ml) cada 2 semanas, a partir del Día 15</p> <p>Dosis para pacientes con asma oral dependiente de corticosteroides o con dermatitis atópica concomitante de moderada a grave o adultos con rinosinusitis crónica concomitante con poliposis nasal</p> <p><input type="checkbox"/> Dosis inicial: 600 mg SIG: 2 inyecciones subcutáneas (300 mg/2 ml) el Día 1 <input type="checkbox"/> Dosis posteriores (de mantenimiento): 300 mg SIG: 1 inyección subcutánea (300 mg/2 ml) cada 2 semanas, a partir del Día 15</p>
	<p>Pacientes de 6 a 11 años:</p> <p>Peso: _____ kg (1 kg=2.2 lb)</p> <p>Peso de 15 kg a menos de 30 kg <input type="checkbox"/> Dosis inicial y posteriores: 100 mg SIG: 1 inyección subcutánea (100 mg/0.67 ml) cada 2 semanas <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> Dosis inicial y posteriores: 300 mg SIG: 1 inyección subcutánea (300 mg/2 ml) cada 4 semanas</p> <p>Peso de 30 kg o más <input type="checkbox"/> Dosis inicial y posteriores: 200 mg SIG: 1 inyección subcutánea (200 mg/1.14 ml) cada 2 semanas</p> <p>Para pacientes pediátricos (de 6 a 11 años de edad) con asma y dermatitis atópica concomitante de moderada a grave, siga la dosis recomendada según la dermatitis atópica pediátrica que incluye una dosis de carga inicial.</p>
	<p>Pacientes de 18 años o más</p> <p><input type="checkbox"/> Dosis inicial: 600 mg SIG: 2 inyecciones subcutáneas (300 mg/2 ml) el Día 1 <input type="checkbox"/> Dosis posteriores (de mantenimiento): 300 mg SIG: 1 inyección subcutánea (300 mg/2 ml) cada 2 semanas, a partir del Día 15</p>
<p>Dermatitis atópica de moderada a grave</p>	<p>Pacientes de 6 a 17 años:</p> <p>Peso: _____ kg (1 kg=2.2 lb)</p> <p>Peso de 15 kg a menos de 30 kg <input type="checkbox"/> Dosis inicial: 600 mg SIG: 2 inyecciones subcutáneas (300 mg/2 ml) el Día 1 <input type="checkbox"/> Dosis posteriores (de mantenimiento): 300 mg SIG: 1 inyección subcutánea (300 mg/2 ml) cada 4 semanas, a partir del Día 29</p> <p>Peso de 30 kg a menos de 60 kg <input type="checkbox"/> Dosis inicial: 400 mg SIG: 2 inyecciones subcutáneas (200 mg/1.14 ml) el Día 1 <input type="checkbox"/> Dosis posteriores (de mantenimiento): 200 mg SIG: 1 inyección subcutánea (200 mg/1.14 ml) cada 2 semanas, a partir del Día 15</p> <p>Peso de 60 kg o más <input type="checkbox"/> Dosis inicial: 600 mg SIG: 2 inyecciones subcutáneas (300 mg/2 ml) el Día 1 <input type="checkbox"/> Dosis posteriores (de mantenimiento): 300 mg SIG: 1 inyección subcutánea (300 mg/2 ml) cada 2 semanas, a partir del Día 15</p>
	<p>Pacientes de 18 años o más</p> <p><input type="checkbox"/> Dosis: 300 mg SIG: 1 inyección subcutánea (300 mg/2 ml) cada 2 semanas</p>
	<p>Rinosinusitis crónica con poliposis nasal</p> <p><input type="checkbox"/> Dosis: 300 mg SIG: 1 inyección subcutánea (300 mg/2 ml) cada 2 semanas</p>

Firma			
Firma del médico (No sello) Dispéñese como está escrito	Fecha	Firma del médico (No sello) Sustitución permitida	Fecha

Nombre del médico colaborador _____ (Profesional de enfermería/asistente médico) NPI # _____

Mi firma certifica que la persona nombrada en este formulario es mi paciente; que la información proporcionada en esta solicitud, a mi leal saber y entender, es completa y precisa; que la terapia con DUPIXENT es médicamente necesaria; y que he recetado DUPIXENT al paciente mencionado en este formulario para una indicación aprobada por la FDA. Entiendo que la información de mi paciente proporcionada a Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US, y sus filiales y agentes (en conjunto, la "Alianza") es para el uso de DUPIXENT MyWay únicamente en función de verificar la cobertura de seguro de mi paciente; evaluar, si corresponde, su elegibilidad para la ayuda al paciente y otros programas de apoyo, y, de alguna otra manera, administrar DUPIXENT MyWay al paciente. Certifico que he obtenido la autorización por escrito de mi paciente de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables, incluyendo la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 y sus reglamentos de implementación, para proporcionar la información médica individualmente identificable de este formulario a programas de apoyo de reembolso tales como DUPIXENT MyWay previstos para estos fines. Si corresponde, autorizo a DUPIXENT MyWay a realizar una investigación de beneficios para mi paciente y a actuar en mi nombre con el propósito limitado de enviar esta receta a la farmacia apropiada designada por el paciente según su plan de beneficios, de modo que, si esta receta no fuera designada, DUPIXENT MyWay esté autorizado a enviarla a una farmacia de la red que seleccione o a la farmacia que se indique de otra manera. Entiendo que cualquier producto gratuito distribuido a través del Programa de ayuda al paciente de DUPIXENT MyWay no depende de ninguna obligación de compra. Entiendo además que ningún producto gratuito se puede enviar para su reembolso a ningún pagador, incluyendo Medicare y Medicaid, ni se puede vender, comercializar o distribuir para la venta. Doy mi consentimiento para que DUPIXENT MyWay se comuniquen conmigo por fax, correo postal o correo electrónico para proporcionar información adicional sobre la inyección DUPIXENT o DUPIXENT MyWay. Entiendo que DUPIXENT MyWay puede revisar, modificar o cancelar cualquier servicio del programa en cualquier momento y sin previo aviso.

Si usted es un médico de Nueva York, por favor use un formulario de receta original del estado de Nueva York. El médico debe cumplir con los requisitos específicos de su estado para la emisión de recetas, tales como la receta electrónica, el formulario de receta específico del estado, el lenguaje de fax, etc. La falta de cumplimiento de los requisitos específicos del estado podría requerir entrar en contacto con el médico.

Consulte la información de prescripción completa adjunta o visite DUPIXENThcp.com.

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
Nombre del médico	N.º de teléfono del médico
Dirección del médico	
N.º NPI	N.º de licencia estatal del médico <small>(Requerido para médicos en Puerto Rico solamente)</small>

Sección 6b. Programa de Inicio Rápido de DUPIXENT® (dupilumab) Información de prescripción (para pacientes con SEGURO MÉDICO COMERCIAL)

Para los pacientes con SEGURO MÉDICO COMERCIAL, es posible que el Programa de Inicio Rápido pueda proporcionarles DUPIXENT sin costo alguno si hay un retraso en la cobertura. Complete las secciones 6a y 6b en su totalidad para determinar la elegibilidad del paciente.

Receta: DUPIXENT® (dupilumab) (100 mg/0.67 ml, 200 mg/1.14 ml o 300 mg/2 ml) Receta: <input type="checkbox"/> Nuevo inicio <input type="checkbox"/> Muestra proporcionada del producto Fecha ____/____/____ Tipo de dispositivo (Elija UNO): <input type="checkbox"/> Jeringa precargada (100/200/300 mg) <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> Pluma precargada (200/300 mg) (para uso en adolescentes de 12 años o más) Alergias conocidas a medicamentos _____ Cant.: 1 paquete (paquete de 2 jeringas o 2 plumas) Resurtidos _____ Suministro en días: _____	
Asma de moderada a grave caracterizada por un fenotipo eosinofílico o con asma dependiente de corticosteroides orales	Pacientes de 12 años o más <input type="checkbox"/> Dosis inicial: 400 mg SIG: 2 inyecciones subcutáneas (200 mg/1.14 ml) el Día 1 <input type="checkbox"/> Dosis posteriores (de mantenimiento): 200 mg SIG: 1 inyección subcutánea (200 mg/1.14 ml) cada 2 semanas, a partir del Día 15 <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> Dosis inicial: 600 mg SIG: 2 inyecciones subcutáneas (300 mg/2 ml) el Día 1 <input type="checkbox"/> Dosis posteriores (de mantenimiento): 300 mg SIG: 1 inyección subcutánea (300 mg/2 ml) cada 2 semanas, a partir del Día 15 Dosis para pacientes con asma oral dependiente de corticosteroides o con dermatitis atópica concomitante de moderada a grave o adultos con rinosinusitis crónica concomitante con poliposis nasal <input type="checkbox"/> Dosis inicial: 600 mg SIG: 2 inyecciones subcutáneas (300 mg/2 ml) el Día 1 <input type="checkbox"/> Dosis posteriores (de mantenimiento): 300 mg SIG: 1 inyección subcutánea (300 mg/2 ml) cada 2 semanas, a partir del Día 15
	Pacientes de 6 a 11 años: Peso: _____ kg (1 kg=2.2 lb) Peso de 15 kg a menos de 30 kg <input type="checkbox"/> Dosis inicial y posteriores: 100 mg SIG: 1 inyección subcutánea (100 mg/0.67 ml) cada 2 semanas <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> Dosis inicial y posteriores: 300 mg SIG: 1 inyección subcutánea (300 mg/2 ml) cada 4 semanas Peso de 30 kg o más <input type="checkbox"/> Dosis inicial y posteriores: 200 mg SIG: 1 inyección subcutánea (200 mg/1.14 ml) cada 2 semanas Para pacientes pediátricos (de 6 a 11 años de edad) con asma y dermatitis atópica concomitante de moderada a grave, siga la dosis recomendada según la dermatitis atópica pediátrica que incluye una dosis de carga inicial.
	Pacientes de 18 años o más <input type="checkbox"/> Dosis inicial: 600 mg SIG: 2 inyecciones subcutáneas (300 mg/2 ml) el Día 1 <input type="checkbox"/> Dosis posteriores (de mantenimiento): 300 mg SIG: 1 inyección subcutánea (300 mg/2 ml) cada 2 semanas, a partir del Día 15
Dermatitis atópica de moderada a grave	Pacientes de 6 a 17 años: Peso: _____ kg (1 kg=2.2 lb) Peso de 15 kg a menos de 30 kg <input type="checkbox"/> Dosis inicial: 600 mg SIG: 2 inyecciones subcutáneas (300 mg/2 ml) el Día 1 <input type="checkbox"/> Dosis posteriores (de mantenimiento): 300 mg SIG: 1 inyección subcutánea (300 mg/2 ml) cada 4 semanas, a partir del Día 29 Peso de 30 kg a menos de 60 kg <input type="checkbox"/> Dosis inicial: 400 mg SIG: 2 inyecciones subcutáneas (200 mg/1.14 ml) el Día 1 <input type="checkbox"/> Dosis posteriores (de mantenimiento): 200 mg SIG: 1 inyección subcutánea (200 mg/1.14 ml) cada 2 semanas, a partir del Día 15 Peso de 60 kg o más <input type="checkbox"/> Dosis inicial: 600 mg SIG: 2 inyecciones subcutáneas (300 mg/2 ml) el Día 1 <input type="checkbox"/> Dosis posteriores (de mantenimiento): 300 mg SIG: 1 inyección subcutánea (300 mg/2 ml) cada 2 semanas, a partir del Día 15
	Pacientes de 18 años o más <input type="checkbox"/> Dosis: 300 mg SIG: 1 inyección subcutánea (300 mg/2 ml) cada 2 semanas
	Rinosinusitis crónica con poliposis nasal <input type="checkbox"/> Dosis: 300 mg SIG: 1 inyección subcutánea (300 mg/2 ml) cada 2 semanas

Firma			
Firma del médico (No sello) Dispéñese como está escrito	Fecha	Firma del médico (No sello) Sustitución permitida	Fecha

Nombre del médico colaborador _____ (Profesional de enfermería o asistente médico) N.º NPI _____

Autorizo para mi paciente con seguro médico comercial uno o más meses de envíos temporales de DUPIXENT durante un retraso en la determinación de beneficios o durante el proceso de apelación después de un retraso de cobertura inicial para DUPIXENT por parte de la aseguradora del paciente. Autorizo a DUPIXENT MyWay a enviar esta receta a la farmacia que le suministra el producto del Programa de Inicio Rápido de DUPIXENT al paciente nombrado en este documento. Acepto ayudar en los esfuerzos para garantizarle a mi paciente con seguro médico comercial el acceso a DUPIXENT en caso de un retraso en la cobertura.
Si usted es un médico de Nueva York, por favor use un formulario de receta original del estado de Nueva York. El médico debe cumplir con los requisitos específicos de su estado para la emisión de recetas, tales como la receta electrónica, el formulario de receta específico del estado, el lenguaje de fax, etc. La falta de cumplimiento de los requisitos específicos del estado podría requerir entrar en contacto con el médico.

Consulte la información de prescripción completa adjunta o visite DUPIXENThcp.com.

PARA COMPLETAR POR EL MÉDICO

Sección 7. Autorización para utilizar y divulgar información médica

Paciente: Lea atentamente lo siguiente, luego feche y firme donde se indica en la Sección 1 de la página 1

Autorizo a mis proveedores y personal de atención médica (en conjunto “Proveedores de atención médica”), a mi aseguradora médica, plan médico o programas que me proporcionan beneficios de atención médica (en conjunto, “Aseguradoras médicas”), y a cualquier farmacia especializada (“Farmacias especializadas”) que dispense mi medicamento, a divulgar a Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US, y sus filiales y agentes (en conjunto, la “Alianza”) información médica sobre mí, incluyendo la relacionada con mi afección médica y tratamiento, cobertura y reclamaciones de seguro médico, y la prescripción (lo que incluye información de surtido/resurtido) relacionada con mi receta para la terapia con **DUPIXENT**® (dupilumab) (“Mi información”). Entiendo que la divulgación a la Alianza será con el fin de inscribirme y proporcionar ciertos servicios a través del “Programa **DUPIXENT MyWay**”, que incluye:

- determinar si soy elegible para participar en los programas de ayuda de cobertura de **DUPIXENT MyWay**, los programas de ayuda al paciente u otros programas de apoyo
- investigar mi cobertura de seguro médico para la inyección de **DUPIXENT**
- obtener autorización previa para cobertura
- ayudar con las apelaciones de reclamaciones por rechazo de cobertura
- la operación y administración del Programa **DUPIXENT MyWay**
- remitirme a otros programas o fuentes alternativas de financiamiento o cobertura que puedan estar disponibles para proporcionarme ayuda con los costos de mi medicamento, o determinar mi elegibilidad para ellos
 - Entiendo que la Alianza puede anonimizar Mi Información y utilizarla en investigaciones, educación, análisis de negocios, estudios de mercado o para otros fines comerciales, incluyendo la vinculación con otra información anonimizada que la Alianza reciba de otras fuentes. Entiendo que los miembros de la Alianza pueden compartir entre ellos Mi Información, incluyendo la información médica identificable, con el fin de anonimizarla para estos fines y según sea necesario para realizar los Servicios, o comunicarse conmigo por correo postal, teléfono, correo electrónico, o, si indico mi acuerdo y consentimiento en la Sección 1 en la página 1, por texto. Entiendo y acepto que la Alianza puede usar Mi Información para estos fines y puede compartirla con mis Proveedores de atención médica, Aseguradoras médicas y Farmacias especializadas.
 - Entiendo y acepto que mis Proveedores de atención médica, Aseguradoras médicas y Farmacias especializadas pueden recibir remuneración de la Alianza a cambio de divulgarle Mi información a ella o por proporcionarme servicios de apoyo en relación con el Programa **DUPIXENT MyWay**.

Entiendo que, una vez que Mi Información se haya divulgado a la Alianza, las leyes federales de privacidad ya no podrán protegerla de que se continúe divulgando. Sin embargo, también entiendo que la Alianza ha acordado proteger Mi Información al usarla y divulgarla solo para los fines permitidos por mí en esta Autorización o según lo exija la ley.

Comprendo que no tengo que firmar esta Autorización. La decisión por mi parte de no firmar esta Autorización no afectará mi capacidad para obtener tratamiento médico, pago por tratamiento, cobertura de seguro, acceso a beneficios médicos o medicamentos de la Alianza de parte de entidades cubiertas tales como Proveedores de atención médica, Aseguradoras médicas y Farmacias especializadas. Sin embargo, si no firmo esta Autorización, entiendo que no podré participar en el Programa de **DUPIXENT MyWay**.

Entiendo que esta Autorización expira 18 meses después de la fecha en que se proporciona apoyo por última vez bajo el Programa, o hasta que mi ley estatal local requiera la expiración, sujeta a la ley aplicable, a menos que o hasta que yo retire (recupere) esta Autorización antes de eso, o según lo exija la ley. Además, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío por correo postal o por fax de una solicitud por escrito a **DUPIXENT MyWay** en 1800 Innovation Point, Fort Mill, SC 29715; Fax: 1-844-387-9370. La revocación de esta Autorización pondrá fin a mi participación en el Programa **DUPIXENT MyWay** y no afectará ninguna divulgación de Mi información con base en esta Autorización realizada antes de que mis Proveedores de atención médica, Aseguradoras médicas y Farmacias especializadas reciban y procesen mi solicitud.

Comprendo que puedo solicitar una copia de esta Autorización.

Sección 8. Certificaciones del paciente

Paciente: Lea atentamente lo siguiente, luego feche y firme donde se indica en la Sección 1 de la página 1

Me estoy inscribiendo en el Programa **DUPIXENT MyWay** (el "Programa") y autorizo a Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US, y sus filiales y agentes (en conjunto, la "Alianza") a proporcionarme servicios a través de este, como se describe en su formulario de inscripción y como se pueda agregar en el futuro. Dichos servicios incluyen comunicaciones y apoyo de medicamento y adherencia, apoyo para la administración de medicamento, cobertura y apoyo de ayuda financiera, educación sobre enfermedades y medicamentos, capacitación sobre inyecciones y otros servicios de apoyo (los "Servicios").

Si me inscribo en el Programa de Tarjeta de Copago de **DUPIXENT MyWay**, entiendo que la información de la Tarjeta de Copago se enviará a mi farmacia especializada designada junto con mi receta y que cualquier ayuda que reciba con mi copago o de participación en los costos para la inyección de **DUPIXENT**® (dupilumab) se realizará de acuerdo con los términos y condiciones del Programa.

Si completo la Sección 2, certifico que la información que proporcioné en ella, incluyendo los ingresos de mi hogar, son verdaderos y precisos a mi leal saber y entender. También acepto que la "Alianza" puede verificar mi elegibilidad para el Programa de ayuda al paciente de **DUPIXENT MyWay**, y entiendo que dicha verificación puede incluir ponerse en contacto conmigo o con mi proveedor de atención médica para obtener información adicional o para revisar información financiera, de seguros o médica adicional. Autorizo a la Alianza bajo la Ley de Informe Justo de Crédito a usar mi información demográfica para acceder a los informes sobre mi historial de crédito individual a través de las agencias de informes de consumidores. Entiendo que, previa solicitud, la Alianza me dirá si se procuró un informe individual del consumidor y el nombre y la dirección de la agencia que lo proporcionó. Además, entiendo y autorizo a la Alianza a usar cualquier informe del consumidor sobre mi persona y la información recopilada de mí, junto con otra información que obtengan de fuentes públicas y de otro tipo, para estimar mis ingresos junto con el proceso de determinación de elegibilidad del Programa de asistencia al paciente, si corresponde. Entiendo además que ningún producto gratuito se puede enviar para su reembolso a ningún pagador, incluyendo Medicare y Medicaid, ni se puede vender, comercializar o distribuir para la venta. Si soy aprobado para el Programa de ayuda al paciente de **DUPIXENT MyWay**, no buscaré que el valor de ningún medicamento que se me proporcione bajo este programa se cuente en los gastos reales de bolsillo (TrOOP, por sus siglas en inglés) para los medicamentos con receta para mi Plan de la Parte D de Medicare. La continuidad en el Programa de ayuda al paciente de **DUPIXENT MyWay** depende de la verificación oportuna de los ingresos. Además, acepto notificar a **DUPIXENT MyWay** si mi situación de seguro cambia.

Autorizo a la Alianza a comunicarse conmigo por correo postal, teléfono o correo electrónico, o, si indico mi acuerdo y consentimiento en la página 1, por texto,⁹ para proporcionarme información sobre el Programa, el estado de la enfermedad y los productos, las promociones, los servicios y los estudios de investigación, así como para solicitar mi opinión sobre dicha información y temas, incluyendo los estudios de mercado y las encuestas relacionadas con la enfermedad (en conjunto, las "Comunicaciones"). Entiendo que la Alianza puede contactarme en caso de que yo informe alguna reacción adversa. Comprendo que no tengo que inscribirme en el Programa ni recibir las Comunicaciones y que aún así puedo recibir la inyección de **DUPIXENT**, según lo recetado por mi Proveedor de atención médica. Puedo optar por no recibir Comunicaciones, servicios de apoyo individual ofrecidos por el Programa, incluyendo la Tarjeta de Copago de **DUPIXENT MyWay**, u optar por salir del Programa en cualquier momento dando aviso a un representante del Programa por teléfono a través del 1-844-387-4936 o enviando una carta a **DUPIXENT MyWay**, 1800 Innovation Point, Fort Mill, SC 29715. También entiendo que los Servicios pueden ser revisados, modificados o cancelados en cualquier momento.

Entiendo que mi información médica, información de contacto y otra información que yo, mi proveedor de atención médica y otros compartan con Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US, y sus filiales y agentes (en conjunto, la "Alianza") se recopila para proporcionarme la ayuda que solicito y para otros fines comerciales de la Alianza, como se describe en su política de privacidad, que está disponible en regeneron.com/privacy-policy. Según el lugar donde yo viva, puedo tener ciertos derechos con respecto a la privacidad de mi información, incluyendo la solicitud de acceso a mi información personal o su eliminación. Soy consciente de que Regeneron puede no estar obligado a cumplir con mis solicitudes en ciertas circunstancias. Entiendo que, para ejercer estos derechos, puedo comunicarme con la Oficina de Privacidad enviando un correo electrónico a dataprotection@regeneron.com o llamando al 844-835-4137. Puedo consultar la Política de privacidad global de Sanofi en sanofi.com/our-responsibility/sanofi-global-privacy-policy para obtener más información sobre estos derechos con respecto a Sanofi US.

Consentimiento para recibir mensajes de texto:

⁹Reconozco que al marcar, en la página 1, la casilla de Consentimiento para recibir mensajes de texto, doy mi consentimiento expreso para recibir mensajes de texto de parte o en nombre del programa a través de los números de teléfono celular que proporciono.

Confirmando que soy el suscriptor del número de teléfono móvil proporcionado y acepto dar aviso de inmediato a la Alianza si alguno de mis números cambia en el futuro. Comprendo que pueden aplicarse tarifas por mensajes de texto y datos por parte de mi proveedor de servicio telefónico. Entiendo que en cualquier momento puedo optar por no recibir futuros mensajes de texto si envío desde mi teléfono móvil, SMSSTOP al 39771, y que al enviar SMSHELP al mismo número, puedo obtener ayuda para este tipo de mensajería. También entiendo que en el futuro se me pueden proporcionar términos y condiciones adicionales sobre los mensajes de texto como parte de un mensaje de texto de confirmación de suscripción. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos.

Entiendo que no se requiere mi consentimiento como condición para comprar cualquier bien o servicio de Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US, o sus filiales.

Puede conservar una copia de este formulario para sus registros.