

Esofagitis eosinofílica



Llame al 1-844-387-4936
de lunes a viernes, de 8:00 a. m.
a 9:00 p. m., hora del este

ENVIAR LAS PÁGINAS 1 Y 2
COMPLETADAS

Fax: 1-844-387-9370 (o)
Entrega de documentos: www.patientsupportnow.org
(código: 8443879370)

1. INFORMACIÓN Y AUTORIZACIONES DEL PACIENTE

Nombre (Nombre completo) _____
Fecha de nac. ____/____/____ Sexo F M Idioma (si no es inglés) _____
Dirección (no apartado postal) _____
Ciudad _____ Estado _____ C. P. _____



ESCANEE para
agregar DUPIXENT
MyWay® a su lista
de contactos o
ENVÍE UN MENSAJE
con el texto
CONTACTO al 69929

He leído y acepto la **Autorización del paciente para utilizar y divulgar información médica** de la sección 6.

Correo electrónico _____

FIRME Y
FECHE

_____/_____/_____

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS
(PUERTO RICO MENOR DE 21)

He leído y acepto las **Certificaciones del paciente** de la Sección 7.

He leído el **consentimiento para recibir mensajes de texto** en la sección 7 y acepto expresamente recibir mensajes de texto del Programa o en su nombre.

Teléfono principal (_____) _____ - _____

Correo de voz Texto

Mejor horario: a. m. Tarde p. m.

FIRME Y
FECHE

_____/_____/_____

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS
(PUERTO RICO MENOR DE 21)

Si firma el representante legal

Nombre en letra de imprenta _____ Relación _____

Teléfono secundario (_____) _____ - _____

2. INFORMACIÓN DEL SEGURO

El paciente **NO** tiene seguro

Seguro primario de medicamentos con receta _____

Teléfono (_____) _____ - _____

N.º de id. de la póliza _____ N.º de grupo _____

N.º BIN de receta _____ N.º NCP de receta _____

En nombre de mi paciente, me gustaría que la verificación de beneficios y el aseguramiento de la cobertura las realizara (debe elegir uno):

Farmacia especializada preferida

El PAM debe enviar la receta directamente a la farmacia especializada.

Nombre _____

Teléfono (_____) _____ - _____

Fax (_____) _____ - _____

Seguro médico primario _____

Teléfono (_____) _____ - _____

N.º de id. de la póliza _____ N.º de grupo _____

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

Relación con el paciente _____

DUPIXENT MyWay

3. INFORMACIÓN DE QUIEN PRESCRIBE

Nombre de quien prescribe _____

Especialidad _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C. P. _____

N.º NPI de quien prescribe _____

Nombre del centro/instalación _____

Nombre del contacto de la oficina _____

Correo electrónico del contacto de la oficina _____

Tel. (_____) _____ - _____ Fax (_____) _____ - _____

Número de identificación fiscal _____

4. DIAGNÓSTICO (ELIJA UNO)

Fecha de diagnóstico / /

Esofagitis eosinofílica

K20.0 Esofagitis eosinofílica

Otro código ICD-10-CM _____

ICD-10-CM=CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES, DÉCIMA REVISIÓN, MODIFICACIÓN CLÍNICA.

Esofagitis eosinofílica



ENVIAR LAS PÁGINAS 1 Y 2
COMPLETADAS

Fax: 1-844-387-9370 (o)
Entrega de documentos: www.patientsupportnow.org
(código: 8443879370)

Llame al 1-844-387-4936
de lunes a viernes, de 8:00 a. m.
a 9:00 p. m., hora del este

Nombre del paciente _____ Fecha de nac. ____/____/____
Nombre de quien prescribe _____ Dirección de quien prescribe _____
N.º NPI _____ N.º de licencia estatal de quien prescribe (solo se requiere en Puerto Rico) _____

5. PRESCRIPCIÓN DE DUPIXENT® (DUPILUMAB)

PRESCRIPCIÓN DE INICIO RÁPIDO

La sección 5A debe ser llenada por la farmacia especializada del paciente; la 5B se utiliza para el Programa de Inicio Rápido, que pudiera garantizarles la terapia a los pacientes con seguro médico comercial, si se produjera un retraso en la cobertura.

A - Prescripción

Receta: DUPIXENT® (dupilumab) (300 mg/2 ml)

Muestra proporcionada Fecha ____/____/____

TIPO DE DISPOSITIVO: Jeringa precargada o
 Pluma precargada

CANTIDAD SUFICIENTE PARA UN SUMINISTRO DE HASTA 84 DÍAS

Recargas _____ Alergias conocidas a medicamentos _____

Peso (kg) _____ (1 kg = 2.2 lb)

Edad 12 años
o más peso de
40 kg como mínimo

Dosis inicial y de mantenimiento: 300 mg
SIG: 1 inyección subcutánea (300 mg/2 ml)
cada semana

B - Inicio rápido - para pacientes con seguro comercial

Receta: DUPIXENT® (dupilumab) (300 mg/2 ml)

Nuevo inicio Muestra proporcionada Fecha ____/____/____

TIPO DE DISPOSITIVO: Jeringa precargada o
 Pluma precargada

CANTIDAD SUFICIENTE PARA UN SUMINISTRO DE HASTA 28 DÍAS

Recargas _____ Alergias conocidas a medicamentos _____

Peso (kg) _____ (1 kg = 2.2 lb)

Edad 12 años
o más peso de
40 kg como mínimo

Dosis inicial y de mantenimiento: 300 mg
SIG: 1 inyección subcutánea (300 mg/2 ml)
cada semana

Firmas de quien prescribe (No sellos)

FIRME Y FECHES / /

DISPENSAR COMO ESTÁ ESCRITO

SUSTITUCIONES PERMITIDAS / /

SUSTITUCIONES PERMITIDAS

Nombre del médico colaborador _____ (Enfermero profesional/asistente médico) N.º NPI _____

Certificación de quien prescribe: 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 exacta; que la terapia con DUPIXENT es médicamente necesaria; y que he recetado DUPIXENT al paciente nombrado 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 (la "Alianza") es para el uso de DUPIXENT MyWay únicamente para verificar la cobertura del seguro de mi paciente; facilitar el surtido del medicamento de mi paciente; evaluar, si procede, la elegibilidad de mi paciente para la ayuda al paciente y otros programas de apoyo; y administrar de otro modo DUPIXENT MyWay al paciente. Certifico que he obtenido la autorización por escrito de mi paciente de acuerdo con la legislación estatal y federal aplicable, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 y sus reglamentos de aplicación, para proporcionar la información médica identificable individualmente que figura en este formulario a DUPIXENT MyWay para estos fines y para los fines establecidos en la sección 6 a continuación. Además, he analizado con el paciente los Servicios y Comunicaciones que se exponen en la Sección 7 a continuación y confirmo su aceptación a recibirlos. Si procede, 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 adecuada designada por el paciente según su plan de beneficios, de modo que, si esta receta no fuera designada, DUPIXENT MyWay está autorizado a enviarla a una farmacia de la red que seleccione o a la farmacia que se indique de otro modo. Entiendo que cualquier producto gratuito distribuido a través del Programa de Ayuda al Paciente de DUPIXENT MyWay no está supeditado a ninguna obligación de compra. También entiendo que ningún producto gratuito puede ser presentado para su reembolso a ningún pagador, incluyendo Medicare y Medicaid; y que ningún producto gratuito puede ser vendido, intercambiado ni distribuido para su venta. Doy mi consentimiento para que DUPIXENT MyWay se comunique conmigo por fax, correo postal o correo electrónico para proporcionarme información adicional sobre la inyección de DUPIXENT o DUPIXENT MyWay. Entiendo que DUPIXENT MyWay puede revisar, cambiar o cancelar cualquier servicio del programa en cualquier momento y sin previo aviso.

Si completo la sección 5b, autorizo para mi paciente con seguro comercial uno o más meses de envíos temporales de DUPIXENT durante un retraso en la determinación de los beneficios o durante el proceso de apelación después de un retraso en la cobertura inicial de DUPIXENT por parte de la aseguradora del paciente. Autorizo a DUPIXENT MyWay a enviar esta receta a la farmacia que le dispense el producto del Programa de Inicio Rápido de DUPIXENT al paciente aquí mencionado. Acepto colaborar en los esfuerzos para garantizarle a mi paciente con seguro médico comercial el acceso a DUPIXENT en caso de retraso en la cobertura.

Si usted es un médico de Nueva York, utilice un formulario de prescripción original del estado de Nueva York. Quien receta debe cumplir con los requisitos de prescripción específicos de su estado, como la prescripción electrónica, el formulario de prescripción específico del estado, el lenguaje de fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado podría requerir entrar en contacto con el médico.

6. AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

PACIENTE: LEA CUIDADOSAMENTE LO SIGUIENTE, LUEGO FECHÉ 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 de salud o programas que me proporcionan los 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 a sus filiales y agentes (en conjunto, la "Alianza") información médica sobre mí, incluyendo la relacionada con mi afección médica y tratamiento, la cobertura y reclamaciones del seguro médico, así como la prescripción (incluida la información de surtido/recarga) relacionada con mi receta para el tratamiento con DUPIXENT® (dupilumab) ("Mi información"). Entiendo que la divulgación a la Alianza será para los fines de inscribirme y proporcionarme determinados servicios a través del "Programa DUPIXENT MyWay", que incluye:

- determinar si soy elegible para participar en los programas de ayuda con la cobertura de DUPIXENT MyWay, los programas de ayuda al paciente u otros programas de apoyo
- investigar la cobertura de mi seguro médico para la inyección de DUPIXENT
- obtener la autorización previa para la cobertura
- ayudar con las apelaciones de las reclamaciones de cobertura denegadas
- la operación y administración del Programa DUPIXENT MyWay
- remitirme a otros programas o fuentes alternativas de financiamiento o cobertura que puedan estar disponibles para ayudarme 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 eliminar anonimizarla para estos fines y según sea necesario para proporcionar los Servicios o para comunicarse conmigo por correo postal, teléfono o correo electrónico o, si indico mi aceptación y consentimiento en la Sección 1 de la página 1, por texto. Entiendo y acepto que la Alianza puede utilizar 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 revelarles Mi información a la Alianza o por proporcionarme servicios de ayuda en relación con el Programa DUPIXENT MyWay.

Entiendo que, una vez que Mi información haya sido revelada a la Alianza, las leyes federales de privacidad ya no podrán protegerla de que se siga 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.

Entiendo 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, el pago por el tratamiento, la cobertura del seguro, el acceso a los beneficios médicos o los medicamentos de la Alianza por parte de las entidades cubiertas, como los Proveedores de atención médica, las Aseguradoras médicas y las Farmacias especializadas. Sin embargo, si no firmo esta Autorización, entiendo que no podré participar en el Programa DUPIXENT MyWay.

Entiendo que esta Autorización expira a los 18 meses después de la fecha en que se proporcione la ayuda por última vez bajo el Programa, o hasta que la ley estatal local exija su expiración, sujeta a la ley aplicable, a menos que y hasta que yo retire (cancele) esta Autorización antes de esa fecha, o según lo exija la ley. Además, entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento enviando por correo postal o fax una solicitud por escrito a DUPIXENT MyWay a PO Box 220128, Charlotte, NC 28222; 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.

Entiendo que puedo solicitar una copia de esta Autorización.

7. CERTIFICACIONES DEL PACIENTE

PACIENTE: LEA CUIDADOSAMENTE LO SIGUIENTE, LUEGO FECHÉ 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 a sus filiales y agentes (en conjunto, la "Alianza") a proporcionarme servicios en virtud de este, tal como se describe en su Formulario de inscripción y como pueda agregarse en el futuro. Dichos servicios incluyen comunicaciones y ayuda sobre el medicamento y el cumplimiento terapéutico, ayuda para la dispensación del medicamento, ayuda para la cobertura y asistencia financiera, educación sobre la enfermedad y el medicamento, capacitación para la inyección y otros servicios de apoyo (los "Servicios").

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

Autorizo a la "Alianza" a verificar mi elegibilidad para el Programa de Ayuda al Paciente de *DUPIXENT MyWay*, y entiendo que dicha verificación puede incluir comunicarse conmigo o con mi proveedor de atención médica para obtener información adicional o revisar la información financiera, del seguro o médica adicional. Autorizo a la Alianza, bajo la Ley de Informe Justo de Crédito, a utilizar mi información demográfica para acceder a los informes sobre mi historial crediticio individual a través de las agencias de informes de los consumidores. Entiendo que, previa solicitud, la Alianza me comunicará si se solicitó 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 utilizar cualquier informe del consumidor sobre mí y la información que obtengan 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 Ayuda al Paciente, si procede. Entiendo además que ningún producto gratuito puede ser presentado para su reembolso a ningún pagador, incluyendo Medicare y Medicaid; y ningún producto gratuito puede ser vendido, intercambiado o distribuido para su venta. Si soy aprobado para el Programa de Ayuda al Paciente de *DUPIXENT MyWay*, no solicitaré que el valor de ningún medicamento que se me proporcione bajo este programa se cuente como parte de los gastos de bolsillo reales (TrOOP, por sus siglas en inglés) de los medicamentos con receta de mi plan de la Parte D de Medicare. La continuidad en el Programa de Ayuda al Paciente de *DUPIXENT MyWay* está sujeta a la verificación oportuna de los ingresos. Además, acepto notificar a *DUPIXENT MyWay* si cambia la situación de mi seguro.

Los pacientes cuyos beneficios de seguro médico incluyan el uso de un Programa de Financiamiento Alternativo no son elegibles para el Programa de Ayuda al Paciente de *DUPIXENT MyWay* de la Alianza o medicamento gratuito según las necesidades. Los pacientes con planes de seguro o empleadores que se registren con estos proveedores de financiamiento alternativo no tendrán cobertura para los medicamentos especializados que se identifiquen en una lista determinada por el proveedor de financiamiento alternativo y se les requerirá que apliquen a un programa de ayuda al paciente del fabricante o que busquen cobertura de prescripción de medicamentos especializados a través del programa de financiamiento alternativo en función de obtener dichos medicamentos especializados, incluidos los productos de la Alianza. Acepto informar al equipo del Programa de Ayuda al Paciente de *DUPIXENT MyWay* de la Alianza si estoy afiliado a un plan de seguro de este tipo o estoy aplicando al Programa de Ayuda al Paciente de *DUPIXENT MyWay* de la Alianza en nombre de un paciente afiliado a dicho plan de seguro. Además, el equipo del Programa de Ayuda al Paciente de *DUPIXENT MyWay* de la Alianza puede tomar medidas adicionales para verificar la necesidad del Programa de Ayuda al Paciente. Por lo tanto, si estoy aplicando al Programa de Ayuda al Paciente de *DUPIXENT MyWay* de la Alianza para mí o en nombre de un paciente, autorizo al equipo de este programa a comunicarse con mi empleador o el empleador del paciente, la aseguradora y

otros terceros [como los coordinadores de beneficios de farmacia y sus socios afiliados] para verificar el diseño y la cobertura del beneficio de prescripción.

Autorizo a la Alianza a comunicarse conmigo por correo postal, teléfono o correo electrónico o, si indico mi aceptación y consentimiento en la página 1, por texto,* 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 comunicarse conmigo en caso de que yo informe alguna reacción adversa. Entiendo que no tengo que inscribirme en el Programa ni recibir las Comunicaciones, y que aun así puedo recibir la inyección de *DUPIXENT*, según lo recete mi Proveedor de atención médica. Puedo optar por no recibir las Comunicaciones, los servicios de apoyo individual ofrecidos por el Programa, incluyendo la Tarjeta de Copago de *DUPIXENT MyWay*, u optar por salir completamente del Programa en cualquier momento, notificándolo por teléfono a un representante del Programa a través del 1-844-387-4936 o enviando una carta a *DUPIXENT MyWay*, PO Box 220128, Charlotte, NC 28222. También entiendo que los Servicios pueden ser revisados, modificados o cancelados en cualquier momento.

Entiendo que mi información médica, de contacto y otros datos que yo, mi proveedor de atención médica y otros compartimos con Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US y sus filiales y agentes (en conjunto, la "Alianza") se recopilan para proporcionarme la ayuda que solicito y para otros fines comerciales de la Alianza, como se describe en su política de privacidad, disponible en regeneron.com/privacy-policy. Según el lugar donde yo viva, puedo tener determinados 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 determinadas 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. Para obtener más información sobre estos derechos con respecto a Sanofi US, puedo consultar la Política de privacidad global de Sanofi en sanofi.com/our-responsibility/sanofi-global-privacy-policy.

CONSENTIMIENTO PARA MENSAJES DE TEXTO

*Reconozco que, al marcar la casilla de Consentimiento para mensajes de texto, en la página 1, doy mi consentimiento expreso para recibir mensajes de texto del Programa o en su nombre a través de los números de teléfono móvil que proporciono.

Confirmando que soy el suscriptor de los números de teléfono móvil proporcionados, y acepto notificar inmediatamente a la Alianza si alguno de mis números cambia en el futuro. Entiendo que pueden aplicar tarifas de mensajes y datos por parte de mi proveedor de servicios móviles. Entiendo que en cualquier momento puedo optar por no recibir futuros mensajes de texto si envío desde mi teléfono móvil un mensaje con el texto STOP al 94742 o al 69929, y que al enviar un mensaje con el texto HELP a dichos números puedo recibir 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 aplicar tarifas de mensajes y datos.

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

Puede conservar una copia de este formulario para su registro.