



A completar por el paciente

**Sección 1. Información del paciente**

Nombre del paciente (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  F  M  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Idioma preferido del paciente (si no es inglés) \_\_\_\_\_

Teléfono móvil (\_\_\_\_\_)  N.º preferido  Correo de voz **Teléfono alternativo** (\_\_\_\_\_)  N.º preferido  Correo de voz  
 Mejor horario para llamar  de 8 a 10 A. M.  de 10 A. M. a 12 P. M.  de 12 a 2 P. M.  de 2 a 4 P. M.  de 4 a 6 P. M.  de 6 a 9 P. M.

Correo electrónico \_\_\_\_\_  **He leído el consentimiento de mensajes de texto en la Sección 8 y otorgo mi consentimiento expresamente para recibir mensajes de texto por o en nombre del Programa.**

**Autorización del paciente**

He leído y acepto la autorización del paciente para usar y divulgar información médica incluida en la Sección 7.

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

**Firmar**

**(1 de 2) Firma del paciente/representante legal si el paciente tiene menos de 18 años** Fecha \_\_\_\_\_

**Firmar**

**(2 de 2) Firma del paciente/representante legal si el paciente tiene menos de 18 años** Fecha \_\_\_\_\_

Si el paciente tiene menos de 18 años, insertar el nombre en letra de imprenta si lo firma el representante legal

Si el paciente tiene menos de 18 años, insertar la relación del representante con el paciente

**Sección 2. Información del seguro**

Sin seguro (Complete la Sección 6 si no tiene seguro médico).  Copias adjuntadas del frente y del reverso de las tarjetas médicas y de prescripción principales.

Nombre del seguro médico principal \_\_\_\_\_  
 Teléfono del seguro (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 N.º de identificación de la póliza \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular de la póliza (nombre/apellido) \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre del seguro médico principal de la receta (si es diferente) \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono del seguro médico de la receta (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 N.º de identificación de la póliza \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_  
 N.º de BIN de la receta \_\_\_\_\_ N.º de PCN de la receta \_\_\_\_\_

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 garantizar la cobertura en nombre de mi paciente.

Mi farmacia especializada preferida es \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Sección 3. Información del médico que emite la receta**

Nombre del médico que emite la receta \_\_\_\_\_  
 N.º de NPI del médico que emite la receta \_\_\_\_\_  
 Especialidad \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre del centro/del establecimiento \_\_\_\_\_  
 Nombre de la persona de contacto en el consultorio \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico de contacto del consultorio \_\_\_\_\_  
 Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Sección 4. Diagnóstico**

Fecha del diagnóstico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Consulte la lista de posibles códigos ICD-10-CM en la página 2. Adjuntar cualquier nota relevante de la tabla para el diagnóstico y los tratamientos actuales/antecedentes.



**Código(s) ICD-10-CM de la dermatitis atópica de moderada a grave:**  L20.9 Dermatitis atópica, no especificada  L20.89 Otra dermatitis atópica  Otra \_\_\_\_\_

Consulte la indicación completa en la página siguiente. ICD-10-MC = Clasificación Internacional de enfermedades, décima revisión, modificación clínica.

**Sección 5. Información de prescripción**

Receta:  Nuevo comienzo  Producto de muestra proporcionado Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Receta: DUPIXENT® (dupilumab) (200 mg/1.14 ml, 300 mg/2 ml)**

Alergias conocidas a fármacos \_\_\_\_\_

**Pacientes adultos ≥18 años de edad**  Jeringa precargada, paquete de 2  Pluma precargada, paquete de 2

Dosis inicial: 600 mg Indicación: 2 inyecciones (300 mg/2 ml) SC el día 1  Dosis posterior (de mantenimiento): 300 mg Indicación: 1 inyección (300 mg/2 ml) SC cada 2 semanas, empezando el día 15

**Pacientes pediátricos de 6 a 17 años de edad:** Peso: \_\_\_\_\_ kg (1 kg = 2.2 lb)

**Peso de 15 a <30 kg:**  Jeringa precargada, paquete de 2  Pluma precargada, paquete de 2 (para uso en adolescentes ≥12 años)

Dosis inicial: 600 mg Indicación: 2 inyecciones (300 mg/2 ml) s.c. el día 1  Dosis posterior (de mantenimiento): 300 mg Indicación: 1 inyección (300 mg/2 ml) s.c. cada 4 semanas, empezando el día 29

**Peso de 30 a <60 kg:**  Jeringa precargada, paquete de 2

Dosis inicial: 400 mg Indicación: 2 inyecciones (200 mg/1.14 ml) s.c. el día 1  Dosis posterior (de mantenimiento): 200 mg Indicación: 1 inyección (200 mg/1.14 ml) s.c. cada 2 semanas, empezando el día 15

**Peso ≥60 kg:**  Jeringa precargada, paquete de 2  Pluma precargada, paquete de 2 (para uso en adolescentes ≥12 años)

Dosis inicial: 600 mg Indicación: 2 inyecciones (300 mg/2 ml) s.c. el día 1  Dosis posterior (de mantenimiento): 300 mg Indicación: 1 inyección (300 mg/2 ml) s.c. cada 2 semanas, empezando el día 15

Posterior (de mantenimiento): Otro \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Indicación \_\_\_\_\_

**Cantidad: 1 paquete (2 jeringas o 2 plumas) precargadas \_\_\_\_\_ Suministro de días \_\_\_\_\_**

Nombre del médico colaborador (Enfermero especializado/auxiliar médico) \_\_\_\_\_

N.º de NPI \_\_\_\_\_

**Firmar**

Firma del médico que emite la receta (sin sellos) **Entregar según lo escrito** Fecha \_\_\_\_\_

**Firmar**

Firma del médico que emite la receta (sin sellos) **Se permite sustitución** Fecha \_\_\_\_\_

MI FIRMA CERTIFICA QUE LA PERSONA CUYO NOMBRE APARECE EN ESTE FORMULARIO ES MI PACIENTE; LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA SOLICITUD, A MI LEAL SABER Y ENTENDER, ES COMPLETA Y PRECISA; EL TRATAMIENTO CON DUPIXENT ES MEDICAMENTE NECESARIO Y HE RECETADO DUPIXENT AL PACIENTE MENCIONADO EN ESTE FORMULARIO PARA UNA INDICACIÓN APROBADA POR LA FDA. ENTENDO 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; EVALUAR, SI CORRESPONDE, LA ELIGIBILIDAD DE MI PACIENTE PARA RECIBIR ASISTENCIA AL PACIENTE Y OTROS PROGRAMAS DE APOYO; Y PARA QUE SE ADMINISTRE DE OTRO MODO DUPIXENT MyWay PARA EL PACIENTE. CERTIFICO QUE HE OBTENIDO LA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DE MI PACIENTE DE ACUERDO CON LA LEGISLACIÓN ESTADAL Y FEDERAL APPLICABLE, INCLUIDA LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS MÉDICOS DE 1996 Y SUS REGLAMENTACIONES DE IMPLEMENTACIÓN, PARA PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN MÉDICA INDIVIDUALMENTE IDENTIFICABLE EN ESTE FORMULARIO A PROGRAMAS DE APOYO PARA EL REEMBOLSO, COMO DUPIXENT MyWay PARA ESTOS FINES. SI PROCEDO, AUTORIZO A DUPIXENT MyWay A LLEVAR A CABO UNA INVESTIGACIÓN DE BENEFICIOS PARA MI PACIENTE Y A ACTUAR EN MI NOMBRE CON EL FIN LIMITADO DE TRANSMITIR ESTA RECETA A LA FARMACIA ADECUADA DESIGNADA POR EL PACIENTE, SEGÚN SU PLAN DE BENEFICIOS, SIEMPRE Y CUANDO, SI ESTA RECETA NO ESTÁ ASÍ DESIGNADA, DUPIXENT MyWay ESTÉ AUTORIZADO A TRANSMITIR ESTA RECETA A UNA FARMACIA DE LA RED QUE SELECCIONE O A LA FARMACIA INDICADA DE OTRO MODO. ENTENDO QUE CUALQUIER PRODUCTO GRATUITO DISTRIBUIDO A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE, DUPIXENT MyWay, NO ESTÁ SUPEDITADO A NINGUNA OBLIGACIÓN DE COMPRA. TAMBIÉN ENTENDO QUE NO SE PUEDE PRESENTAR NINGÚN PRODUCTO GRATUITO PARA SU REEMBOLSO A NINGÚN PAGADOR, INCLUIDOS MEDICARE Y MEDICAID, Y QUE NO SE PUEDE VENDER, INTERCAMBIAR NI DISTRIBUIR. DOY MI CONSENTIMIENTO A DUPIXENT MyWay PARA PONERSE EN CONTACTO CONIGO POR FÁX, CORREO O CORREO ELECTRÓNICO A FIN DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA INYECCIÓN DE DUPIXENT O DUPIXENT MyWay. ENTENDO QUE DUPIXENT MyWay PUEDE REVISAR, CAMBIAR O FINALIZAR CUALQUIER SERVICIO DEL PROGRAMA EN CUALQUIER MOMENTO SIN QUE SE ME AVISE.

SI USTED ES UN MÉDICO QUE EMITE RECETAS DE NUEVA YORK, USE UN FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN ORIGINAL DEL ESTADO DE NUEVA YORK. EL MÉDICO QUE EMITE RECETAS DEBE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE PRESCRIPCIÓN ESPECÍFICOS DEL ESTADO, COMO LA PRESCRIPCIÓN DE RECETAS ELECTRÓNICAS, EL FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN ESPECÍFICO DEL ESTADO, EL IDIOMA EN EL FÁX, ETC. EL INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESPECÍFICOS DEL ESTADO PODRÍA DAR LUGAR A QUE SE CONTACTE AL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA.





**Nombre del paciente**

**Fecha de nacimiento**

**Nombre del médico que emite la receta**

**N.º de NPI**

**INDICACIÓN**

**Dermatitis atópica:** DUPIXENT® (dupilumab) está indicado para el tratamiento de pacientes de 6 años de edad o más con dermatitis atópica de moderada a grave, cuya enfermedad no está controlada adecuadamente con tratamientos tópicos recetados o cuando dichos tratamientos no son aconsejables. DUPIXENT se puede usar con o sin corticosteroides tópicos.

**Sección 6. Ingresos familiares**

**A completar por el paciente**

Requerido si se inscribe en el Programa de asistencia al paciente *DUPIXENT MyWay*

¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los ingresos anuales totales del grupo familiar? \_\_\_\_\_

(Incluye sueldos/salarios, ingreso del Seguro Social, beneficios de seguro de desempleo, ingreso por discapacidad, cualquier otro ingreso familiar).

Certifico que la cantidad de personas en mi hogar y los ingresos familiares que se han proporcionado anteriormente son verdaderos y precisos a mi leal saber y entender. Acepto que Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US, y sus filiales y agentes (en conjunto, la "Alianza") puedan verificar mi elegibilidad para el Programa de asistencia al paciente *DUPIXENT MyWay*, y entiendo que dicha verificación puede incluir ponerse en contacto conmigo o mi proveedor de atención médica para obtener información adicional y/o revisar información financiera, del seguro y/o médica adicional. Autorizo a la Alianza a usar mi información demográfica para acceder a informes sobre mis antecedentes de crédito individuales de las agencias de informes del consumidor. Entiendo que, previa solicitud, la Alianza me dirá si se ha solicitado un informe individual al consumidor y el nombre y la dirección de la agencia que lo ha proporcionado. Además, entiendo y autorizo a la Alianza a utilizar cualquier informe del consumidor sobre mí y la información recopilada sobre mí, junto con otra información que obtenga de fuentes públicas y otras fuentes, para estimar mis ingresos junto con el proceso de determinación de elegibilidad del Programa de asistencia al paciente, si corresponde. También entiendo que no se puede presentar ningún producto gratuito para su reembolso a ningún pagador, incluidos Medicare y Medicaid, y que no se puede vender, intercambiar ni distribuir. La continuación en el Programa de asistencia al paciente *DUPIXENT MyWay* está condicionada a la verificación oportuna de los ingresos. Además, acepto notificar a *DUPIXENT MyWay* si mi situación de seguro cambia.

A completar por el paciente

**Lista de posibles códigos ICD-10-CM**



**Dermatitis atópica de moderada a grave**

- **L20** (Dermatitis atópica)
- **L20.0** (Prurigo de Besnier)
- **L20.81** (Neurodermatitis atópica)
- **L20.82** (Eccema flexural)
- **L20.84** (Eccema [alérgico] intrínseco)
- **L20.89** (Otra dermatitis atópica)
- **L20.9** (Dermatitis atópica, no especificada)

Esta información de codificación se proporciona únicamente con fines informativos y está sujeta a cambios. Estos códigos pueden no aplicarse a todos los pacientes o a todos los planes de salud. Los proveedores deben usar su criterio independiente al seleccionar los códigos y presentar reclamos que reflejen con precisión los diagnósticos de un paciente específico.



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del médico que emite la receta

N.º de NPI

## Sección 7. Autorización para usar y divulgar información médica

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

Autorizo a mis proveedores de atención médica y al personal (en conjunto, “proveedores de atención médica”), mi aseguradora médica, plan de salud o a programas que me proporcionan beneficios de atención médica (en conjunto, “aseguradoras médicas”) y a cualquier farmacia especializada (“farmacias especializadas”) que dispensen mi medicamento a divulgar a Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US, y sus filiales y agentes (en conjunto, la “Alianza”) información médica sobre mí, que incluye la información relacionada con mi afección médica y tratamiento, cobertura de seguro de salud y reclamos e información de prescripción (incluida la información de surtido/resurtido) relacionada con mi receta de tratamiento con **DUPIXENT®** (dupilumab) (“Mi información”). Entiendo que la divulgación a la Alianza será para los fines de mi inscripción y la prestación de determinados servicios a través del “Programa **DUPIXENT MyWay®**”, que incluye:

- determinar si soy elegible para participar en los programas de asistencia de cobertura de **DUPIXENT MyWay**, en los programas de asistencia al paciente o en otros programas de apoyo
- investigar mi cobertura de seguro médico de la inyección **DUPIXENT**
- obtener autorización previa para cobertura
- ayudar con las apelaciones de los reclamos denegados de cobertura
- el funcionamiento y la administración del Programa **DUPIXENT MyWay**
- derivarme a, o determinar mi elegibilidad para, otros programas, fundaciones o fuentes alternativas de financiación o cobertura que puedan estar disponibles para brindarme asistencia con los costos de mi medicamento.

Además, autorizo a la Alianza a anonimizar Mi información y utilizarla para realizar investigaciones, educación, análisis comerciales, estudios de comercialización o para otros fines comerciales, incluida 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, incluida información médica identificable, con el fin de anonimizarla para estos fines y según sea necesario para la prestación de los Servicios o para comunicarse conmigo por correo, teléfono o correo electrónico, o, si indico mi aceptación y consentimiento en la Sección 1 de la página 1, por mensajes texto. Entiendo y acepto que la Alianza puede usar Mi información para estos fines y compartir Mi información con mis proveedores de atención médica, aseguradoras médicas y farmacias especializadas.

Comprendo y acepto que mis proveedores de atención médica, aseguradoras médicas y farmacias especializadas pueden recibir una remuneración de la Alianza a cambio de divulgar Mi información a la Alianza y/o por brindarme servicios de apoyo en relación con el Programa **DUPIXENT MyWay**

Una vez que Mi información se haya divulgado a la Alianza, entiendo que las leyes de privacidad federales ya no la protegen de una divulgación posterior. Sin embargo, también entiendo que la Alianza ha aceptado proteger Mi información mediante el uso y la divulgación únicamente para los fines permitidos por mí en esta autorización o según lo exija la ley.

Comprendo que no tengo que firmar esta autorización. Mi decisión de no firmar esta autorización no afectará mi capacidad para obtener tratamiento médico, cobertura de seguro, acceso a beneficios para la salud ni a medicamentos de la Alianza. Sin embargo, si no firmo esta autorización, entiendo que no podré participar en el Programa **DUPIXENT MyWay**

Comprendo que esta autorización vence a los 18 meses de la fecha en que se me proporcione apoyo por última vez en virtud del Programa, o cuando la ley local de mi estado exija su vencimiento, sujeto a la ley aplicable, a menos que yo retire (revoque) esta autorización antes de ese momento o hasta tanto así lo haga, o que de otra manera así lo exija la ley. Además entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento enviando por correo o fax una solicitud escrita a **DUPIXENT MyWay** a 1800 Innovation Point, Fort Mill, SC 29715; Fax: 1-844-387-9370. El retiro de esta autorización finalizará mi participación en el Programa **DUPIXENT MyWay** y no afectará ninguna divulgación de Mi información en función de esta autorización realizada antes de que mi solicitud se reciba y procese por mis proveedores de atención médica, aseguradoras médicas y farmacias especializadas.

Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización.



**Nombre del paciente**

**Fecha de nacimiento**

**Nombre del médico que emite la receta**

**N.º de NPI**

## Sección 8. Certificaciones del paciente

**Paciente:** Lea lo siguiente cuidadosamente, luego feche y firme donde se indica en la Sección 1 en 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 prestarme servicios en virtud del Programa, tal como se describe en el Formulario de inscripción al programa y según se agreguen en el futuro. Estos servicios incluyen comunicaciones y apoyo sobre el medicamento y el cumplimiento del tratamiento, apoyo para la entrega del medicamento, apoyo con la cobertura y ayuda financiera, información sobre la enfermedad y el medicamento, capacitación para aplicar la inyección y otros servicios de apoyo (los “Servicios”).

Si me inscribo en el Programa de la tarjeta de copago de **DUPIXENT MyWay**, comprendo que se enviará información de la tarjeta de copago a mi farmacia especializada designada junto con mi receta y que cualquier ayuda con respecto a mi participación en los costos o al copago de la inyección **DUPIXENT**® (dupilumab) que me correspondan se me proporcionará de conformidad con los términos y condiciones del Programa.

Si completo la Sección 6, confirmo mi aceptación de las condiciones establecidas en la Sección 6, y certifico que la información que proporcioné en la Sección 6, incluidos mis ingresos familiares, es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Autorizo a la Alianza a comunicarse conmigo por correo, teléfono o correo electrónico o, si indico mi aceptación y consentimiento en la página 1, por mensajes de texto,<sup>a</sup> para proporcionarme información sobre el Programa, sobre el estado de la enfermedad, y sobre productos, promociones, servicios y estudios de investigación, y a solicitar mi opinión acerca de dicha información y dichos temas, incluso en investigaciones de mercado y encuestas relacionadas con enfermedades (en conjunto, “las Comunicaciones”). Entiendo que la Alianza podría ponerse en contacto conmigo en caso de que informe de un evento adverso.

Entiendo que no tengo que inscribirme en el programa ni recibir las comunicaciones, y que todavía puedo recibir la inyección de **DUPIXENT**, según lo prescrito por mi proveedor de atención médica. Puedo optar por dejar de recibir las Comunicaciones, los servicios de apoyo individual ofrecidos por el Programa, incluida la tarjeta de copago de **DUPIXENT MyWay**, u optar por abandonar el Programa por completo en cualquier momento notificando a un representante del Programa por teléfono al 1-844-387-4936 o enviando una carta a **DUPIXENT MyWay**, 1800 Innovation Point Fort Mill, SC 29715. También comprendo que se pueden revisar, modificar o dar por finalizados los Servicios en cualquier momento.

### Otra información sobre las prácticas de privacidad

Entiendo que mi información médica, información de contacto y otra información que yo, mi proveedor de atención médica y otras personas compartan con Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US, y sus filiales y agentes (en conjunto la “Alianza”) se recopila para brindarme la asistencia que solicito y para otros fines comerciales de la Alianza, según se describe en su política de privacidad, la cual se encuentra disponible en [regeneron.com/privacy-policy](http://regeneron.com/privacy-policy). Dependiendo de dónde viva, puedo tener ciertos derechos con respecto a mi información de privacidad, incluida la solicitud de acceder o eliminar mi información personal. Soy consciente de que es posible que Regeneron no tenga que satisfacer 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](mailto: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](http://sanofi.com/our-responsibility/sanofi-global-privacy-policy) para obtener más información sobre estos derechos con respecto a Sanofi US.

### Consentimiento para mensajes de texto:

<sup>a</sup>Reconozco que al marcar la casilla de Consentimiento para mensajes de texto en la página 1, otorgo expresamente mi consentimiento para recibir mensajes de texto de parte del Programa o a nombre de este en el/los número(s) de teléfono móvil que he proporcionado.

Confirmando que soy el suscriptor del/de los número(s) de teléfono móvil proporcionado(s), y que acepto notificar a la Alianza inmediatamente si alguno de mis números cambia en el futuro. Comprendo que es posible que se apliquen las tarifas de transmisión de datos y de mensajes de texto de mi proveedor de servicios inalámbrico. Comprendo que puedo optar por dejar de recibir mensajes de texto en el futuro en cualquier momento enviando **SMSSTOP** al 39771 desde mi teléfono móvil y que puedo obtener ayuda sobre los mensajes de texto enviando **SMSHELP** al 39771. También comprendo que es posible que se me proporcionen términos y condiciones de mensajes de texto adicionales en el futuro como parte de un mensaje de texto de confirmación de aceptación. Pueden aplicarse tarifas de datos y mensajes.

Entiendo que mi consentimiento no es necesario como condición de compra de cualquier bien o servicio de Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US, o sus filiales.

Puede conservar una copia de este formulario como constancia.