



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 8 a 10 A. M. 10 A. M. a 12 P. M. 12 a 2 P. M. 2 a 4 P. M. 4 a 6 P. M. 6 a 9 P. M.

Correo electrónico _____ **He leído el consentimiento de mensajes de texto en la sección 8 y otorgo expresamente mi consentimiento para recibir mensajes de texto enviados por el Programa o en su nombre.**

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 <18 años Fecha _____

Firmar

(2 de 2) Firma del paciente/representante legal si el paciente tiene <18 años Fecha _____

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

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

Sección 2. Información del seguro

Sin seguro (rellene la Sección 6 si no tiene seguro médico). Se adjuntan copias de la parte delantera y trasera de las tarjetas médicas y de receta principales.

Nombre del seguro **médico principal** _____ Nombre del seguro **médico principal de la receta** (si es diferente) _____
Teléfono del seguro (_____) _____ Número de teléfono del seguro **médico de la receta** (_____) _____
N.º de id. de la póliza _____ N.º de grupo _____ N.º de identificación de la póliza _____ N.º de grupo _____
Nombre del titular de la póliza (nombre/apellido) _____ N.º de BIN de la receta _____ N.º de PCN de la receta _____
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 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 _____ Nombre del centro/establecimiento _____
N.º de NPI del médico que emite la receta _____ Nombre de la persona de contacto en el consultorio _____
Especialidad _____ Correo electrónico de contacto del consultorio _____
Dirección _____ Teléfono (_____) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ 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/anteriores.



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 5a. 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 Envase de 2: jeringas prellenadas **O** plumas prellenadas

Dosis inicial: 600 mg indicación: 2 (300 mg/2 ml) inyecciones subcutáneas 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

Pacientes pediátricos de 6 a 17 años Peso: _____ kg (1 kg=2.2 lb) Envase de 2: jeringas prellenadas **O** plumas prellenadas (para uso en adolescentes ≥12 años)

Peso de 15 a <30 kg:

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:

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:

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): Otra Dosis _____ Indicación _____

Cantidad: 1 paquete (2 jeringas o 2 plumas) Resurtidos _____ Suministro de días _____

Nombre del médico colaborador (Enfermero especializado/auxiliar médico) _____ N.º de NPI _____

El Programa de inicio rápido de DUPIXENT® (dupilumab) puede suministrar DUPIXENT sin cargo si un paciente con seguro comercial elegible experimenta una demora en la cobertura. Consulte la sección 5b de la página 2 para obtener información sobre el Programa de inicio rápido de DUPIXENT.

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 MÉDICAMENTE 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 ELEGIBILIDAD 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 APLICABLE, 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 CONMIGO POR FAX, 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 FAX, 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

Dirección del médico que emite la receta

N.º de teléfono del médico que emite la receta

Sección 5b. Programa de inicio rápido de DUPIXENT® (dupilumab) - (para pacientes con cobertura comercial)

Complete la página 1 del Formulario de inscripción así como esta receta y firme a continuación para que **DUPIXENT MyWay** pueda determinar la elegibilidad del paciente para un suministro temporal de **DUPIXENT** en caso de que su paciente con cobertura comercial experimente una demora en la cobertura.

A completar por el médico que emite la receta

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

Alergias conocidas a fármacos _____

Pacientes adultos ≥18 años de edad Envase de 2: jeringas prellenadas **O** plumas prellenadas

Dosis inicial: 600 mg Indicación: 2 (300 mg/2 ml) inyecciones subcutáneas 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

Pacientes pediátricos de 6 a 17 años Peso: _____ kg (1 kg=2,2 lb) Envase de 2: jeringas prellenadas **O** plumas prellenadas (para uso en adolescentes ≥12 años)

Peso de 15 a <30 kg:

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:

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:

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): Otra Dosis _____ Indicación _____

Cantidad: 1 paquete (2 jeringas o 2 plumas) Resurtidos _____ Suministro de días _____

Nombre del médico colaborador (Enfermero especializado/auxiliar médico) _____ N.º de NPI _____

Firmar	Firmar
Firma del médico que emite la receta (sin sellos) Entregar según lo escrito Fecha _____	Firma del médico que emite la receta (sin sellos) Se permite sustitución Fecha _____

Autorizo que mi paciente con seguro comercial reciba uno o más meses de envíos temporales de **DUPIXENT** durante una demora en la determinación de beneficios o durante el proceso de apelación después de una demora en la cobertura inicial de **DUPIXENT** por parte de la aseguradora del paciente. Autorizo a **DUPIXENT MyWay** a reenviar esta receta a la farmacia que entrega el producto del Programa de inicio rápido de **DUPIXENT** al paciente mencionado en el presente documento. Acepto ayudar a garantizar el acceso a **DUPIXENT** para mi paciente con seguro comercial en caso de demora en la cobertura.

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 fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado podría dar lugar a que se contacte al médico que emite la receta.

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. Si se aprueba para el Programa de asistencia al paciente **DUPIXENT MyWay**, no intentaré que el valor de los medicamentos que se me proporcionen en virtud de este programa se cuente para los gastos reales de bolsillo (true-out-of-pocket-costs, TrOOP) de los medicamentos recetados de mi plan de la Parte D de Medicare. 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.

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.

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.
 - Entiendo que la Alianza puede 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, pago por tratamiento, cobertura del seguro, acceso a beneficios para la salud ni medicamentos de la Alianza de entidades cubiertas 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 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,^a 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. 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 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 mensajes de texto:

^aReconozco que al marcar la casilla de Consentimiento para mensajes de texto en la página 1, otorgo expresamente mi consentimiento para recibir mensajes de texto enviados por el Programa o en su nombre 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.