DUPIXENT myway | DUPIXENT (dupilumab) Inyección

Formulario de inscripción de *DUPIXENT MyWay*

Al completar este formulario, usted inscribe a su paciente en *DUPIXENT MyWay*, un programa de apoyo al paciente que proporciona asistencia financiera, apoyo de cobertura y recursos durante todo el viaje del paciente con DUPIXENT.

CÓMO ENVIAR

Envíe todas las páginas e información del seguro a través de
Fax: 1-844-387-9370 o
Carga electrónica: Escanee el código QR o visite DUPIXENTMyWayPortal.com *(código: 8443879370)*

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Si el paciente es menor de 18 (Puerto Rico menor de 21) años, proporcione la información de contacto del representante legal*

Nombre *(nombre completo y apellido)*		Fecha de nacimiento *(DD/MM/AAAA)*	
Sexo asignado al nacer ☐ Mujer ☐ Hombre	Idioma *(si no es español)*		
Dirección *(no apartado postal)*	Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico*	Teléfono*	☐ ¿Acepta mensajes de voz?	

Información del contacto autorizado o cuidador *(opcional)* ☐ Doy mi consentimiento para que el Programa se ponga en contacto con la siguiente persona

Nombre de contacto	Relación	
Correo electrónico	Teléfono	☐ ¿Acepta mensajes de voz?

Autorizaciones del paciente: *Se requieren ambas firmas a continuación*

☐ 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.

He leído y acepto la **Autorización del paciente para utilizar y divulgar información médica** de la **Sección 7**.

FIRMA

Paciente/representante legal si el paciente es menor de 18 años (Puerto Rico menor de 21)

FECHA

He leído y acepto el **Consentimiento y Certificaciones del paciente** de la **Sección 8**.

FIRMA

Paciente/representante legal si el paciente es menor de 18 años (Puerto Rico menor de 21)

FECHA

ESCANEE para añadir *DUPIXENT MyWay* a sus contactos

Si firma el representante legal:	Nombre, en letra de imprenta	Relación

2 INFORMACIÓN DEL SEGURO

☐ He incluido una copia de las tarjetas de seguro del paciente *(parte frontal y posterior)* o información

☐ El paciente NO tiene seguro

3 INVESTIGACIÓN DE BENEFICIOS Y SUMINISTRO DE RECETAS

Investigación de beneficios

☐ Me gustaría que *DUPIXENT MyWay* proporcionara un resumen de beneficios

Suministro de recetas

☐ Me gustaría que *DUPIXENT MyWay* realizara el triaje de recetas en una farmacia especializada preferida por los pagadores

O BIEN Si *DUPIXENT MyWay* **no realiza el triaje** de recetas, he enviado o enviaré este formulario de inscripción (incluida la receta de la Sección 6) a la farmacia especializada que se indica a continuación

Nombre de la farmacia especializada	Teléfono

Al enviar este formulario de inscripción, *DUPIXENT MyWay* podrá ver la información de los pacientes y proporcionar servicios y recursos de apoyo del programa a los pacientes elegibles.

4 DIAGNÓSTICO: Urticaria crónica espontánea

ELIJA UN código ICD-10 o escríbalo si no aparece en la lista.

Recordatorio: Solo las indicaciones aprobadas por la FDA son elegibles para recibir apoyo. La lista de códigos ICD-10 puede no ser exhaustiva.

☐ L50.1 Urticaria idiopática
☐ L50.8 Otra urticaria
☐ L50.9 Urticaria, sin especificar

☐ Otro ☐☐☐.☐☐☐

© 2026 Sanofi y Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados. US.DUP.26.03.0084 06/2026

DUPIXENT myway | DUPIXENT (dupilumab) Inyección

Formulario de inscripción de *DUPIXENT MyWay*

Al completar este formulario, usted inscribe a su paciente en *DUPIXENT MyWay,* un programa de apoyo al paciente que proporciona asistencia financiera, apoyo de cobertura y recursos durante todo el viaje del paciente con DUPIXENT.

CÓMO ENVIAR

Envíe todas las páginas e información del seguro a través de
Fax: 1-844-387-9370 o
Carga electrónica: Escanee el código QR o visite DUPIXENTMyWayPortal.com *(código: 8443879370)*

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento *(DD/MM/AAAA)*

5 INFORMACIÓN DE QUIEN RECETA

Nombre de quien receta		Especialidad	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
N.º NPI de quien receta	N.º de identificación fiscal	Nombre del centro/instalación	
Nombre del contacto de la oficina		Correo electrónico del contacto de la oficina	
Teléfono	Fax	N.º de lic. estatal del médico que receta (solo Puerto Rico)	

6 RECETA: RECETA DE DUPIXENT® (DUPILUMAB) (200 MG/1.14 ML O 300 MG/2 ML)

Cumplimente la receta y firme donde está indicado.

Tipo de dispositivo preferido:

- ☐ **Jeringa precargada**
- O BIEN
- ☐ **Pluma precargada**

Renovaciones	Peso *(kg)*	**1 kg = 2.2 lb**

Alergias a fármacos conocidas

Cantidad de dosis de carga: *cantidad suficiente para 1 dosis de carga*

Cantidad de dosis posteriores: *cantidad suficiente para un suministro de hasta 84 días para períodos de administración cada 2 semanasa*

Firmas de quien receta *(NO sellos)*

Dispensar como está escrito

FIRMA

FECHA

O BIEN

Sustituciones permitidas

FIRMA

FECHA

Nombre del médico colaborador

N.º NPI

ADMINISTRACIÓN DE DOSIS EN ADULTOS

Edad ≥18 años	☐ **Dosis de carga:** 600 mg SIG: 2 (300 mg/2 ml) subQ el día 1 ☐ **Dosis posterior:** 300 mg SIG: 1 (300 mg/2 ml) subQ cada 2 semanas, a partir del día 15

ADMINISTRACIÓN DE DOSIS EN NIÑOS

EDAD	PESO	ADMINISTRACIÓN DE DOSIS
6 a 17 años	**15 kg a <30 kg**	☐ **Dosis de carga:** 600 mg SIG: 2 (300 mg/2 ml) subQ el día 1 ☐ **Dosis posterior:** 300 mg SIG: 1 (300 mg/2 ml) subQ cada 4 semanas, a partir del día 29
	30 kg a <60 kg	☐ **Dosis de carga:** 400 mg SIG: 2 (200 mg/1.14 ml) subQ el día 1 ☐ **Dosis posterior:** 200 mg SIG: 1 (200 mg/1.14 ml) subQ cada 2 semanas, a partir del día 15
	≥60 kg	☐ **Dosis de carga:** 600 mg SIG: 2 (300 mg/2 ml) subQ el día 1 ☐ **Dosis posterior:** 300 mg SIG: 1 (300 mg/2 ml) subQ cada 2 semanas, a partir del día 15
De 2 a 5 años	**5 kg a <15 kg**	☐ **Dosis iniciales y posteriores:** 200 mg SIG: 1 (200 mg/1.14 ml) subQ cada 4 semanas
	15 kg a <30 kg	☐ **Dosis iniciales y posteriores:** 300 mg SIG: 1 (300 mg/2 ml) subQ cada 4 semanas

Certificación de quien receta: 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 le 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 con receta de mi paciente; evaluar, si procede, la elegibilidad de mi paciente para la asistencia 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 los 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 7 a continuación. Además, he analizado con el paciente los Servicios y Comunicaciones que se exponen en la Sección 8 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, siempre 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 medicamento gratuito distribuido a través del Programa de Asistencia al Paciente de *DUPIXENT MyWay* no está supeditado a ninguna obligación de compra. También entiendo que ningún medicamento gratuito puede ser presentado para su reembolso a ningún pagador, incluidos Medicare y Medicaid, y que ningún medicamento 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 usted es un médico que emite recetas en Nueva York, utilice un formulario de receta original del estado de Nueva York. Quien receta debe cumplir con los requisitos específicos de su estado en cuanto a recetas, como las recetas electrónicas, el formulario de receta específico del estado, el lenguaje de fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado podría requerir que se comunique con el médico que receta.

© 2026 Sanofi y Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados. US.DUP.26.03.0084 06/2026

Formulario de inscripción de *DUPIXENT MyWay*

PACIENTE
Lea cuidadosamente lo siguiente, luego firme y feche donde se indica en la Sección 1 de la página 1

7 AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo a mis proveedores y personal de atención médica (en conjunto, "Proveedores de atención médica"), a mi aseguradora médica, mi plan de salud o los programas que me proporcionan los beneficios de atención de la salud (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, incluida la relacionada con mi afección médica y tratamiento, la cobertura y reclamaciones del seguro médico, así como la receta (incluida la información de renovación/recarga) relacionada con mi receta para la terapia con DUPIXENT® (dupilumab) ("Mi información"). También autorizo a mis Proveedores de atención médica, Aseguradoras médicas y Farmacias especializadas y a la Alianza a utilizar Mi información y compartirla entre sí para los fines descritos a continuación. Entiendo que mis Proveedores de atención médica, Aseguradoras médicas y Farmacias especializadas y la Alianza recibirán, utilizarán y divulgarán mi información con el fin de inscribirme y proporcionar ciertos servicios a través del "Programa *DUPIXENT MyWay*", que incluyen:

- determinar si soy elegible para participar en los programas de asistencia con la cobertura, los programas de asistencia al paciente u otros programas de apoyo de *DUPIXENT MyWay*;
- 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;
- operar y administrar el Programa *DUPIXENT MyWay*;
- comunicarse conmigo por correo postal, teléfono o correo electrónico (o mensaje de texto, si he dado mi consentimiento) en relación con el Programa, el estado de la enfermedad y la educación y los servicios relacionados con el producto, la información sobre mi participación en el Programa y el tratamiento, y evaluar y mejorar el Programa y los servicios asociados prestados, tal y como se establece en la Sección 8; y
- 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.

Con el fin de cumplir los objetivos mencionados anteriormente, la Alianza puede anonimizar Mi información y utilizarla en investigaciones, educación, análisis de negocios, estudios de mercado, o para otros fines comerciales, lo que incluye 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 la información médica identificable, con el fin de 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 mensajes de 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 una remuneración por parte de la Alianza a cambio de que le revelen Mi información a la Alianza 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 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 estoy obligado a firmar esta Autorización. La decisión de no firmar esta Autorización no afectará mi capacidad para obtener tratamiento médico, el pago del tratamiento, la cobertura del seguro, el acceso a los beneficios para la salud 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 caduca a los cinco años después de la fecha de mi firma 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. En el caso de los pacientes con proveedores de atención médica de Maryland, esta autorización caduca 1 año después de la fecha de la firma. Además, entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento enviando por correo postal o fax una solicitud por escrito a *DUPIXENT MyWay* a 2730 S. Edmonds Lane, Suite 300, Lewisville, TX 75067; 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.

8 CONSENTIMIENTO Y CERTIFICACIONES DEL PACIENTE

Consentimiento de inscripción en el Programa *DUPIXENT MyWay*. 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 dicho programa, 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 dicha tarjeta se enviará a mi farmacia especializada designada junto con mi receta, y cualquier asistencia con mis costos compartidos o copago aplicables para la inyección de DUPIXENT® (dupilumab) se realizará de acuerdo con los términos y condiciones del Programa.

Consentimiento de verificación de crédito. Autorizo a la Alianza a verificar mi elegibilidad para el Programa de Asistencia 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 información financiera, del seguro o médica adicional. Autorizo a la Alianza, bajo la Ley de Informes 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 que la Alianza utilizará 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 Asistencia al Paciente, si procede, y autorizo el uso de dicha información.

© 2026 Sanofi y Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados. US.DUP.26.03.0084 06/2026

Formulario de inscripción de *DUPIXENT MyWay*

PACIENTE
Lea cuidadosamente lo siguiente, luego firme y feche donde se indica en la Sección 1 de la página 1

8 CONSENTIMIENTO Y CERTIFICACIONES DEL PACIENTE (CONTINUACIÓN)

Condiciones de participación. También entiendo que ningún medicamento gratuito puede ser presentado para su reembolso a ningún pagador, incluidos Medicare y Medicaid, y que ningún medicamento gratuito puede ser vendido, intercambiado ni distribuido para su venta. Si obtengo una aprobación para participar en el Programa de Asistencia 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 Asistencia 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 ofrecen o cuyos planes de seguro médico funcionan con el uso de un programa de financiamiento alternativo no son elegibles para el Programa de Asistencia al Paciente de *DUPIXENT MyWay* de la Alianza ni para recibir el medicamento gratuito por criterio de necesidad. Los "programas de financiación alternativos" a veces se refieren a ellos mismos con diferentes nombres y promueven sus servicios como un beneficio que se ofrece a través de los planes de seguro médico de los pacientes. Al determinar si su plan de seguro médico ofrece o trabaja con un programa de financiación alternativo, considere lo siguiente: (1) si un tercero le ayudó o le proporcionó orientación sobre la preparación de su solicitud para este programa y/o le indicó que se postulara; (2) le dijeron que tenía que trabajar con un tercero o un "defensor del paciente" para recibir cobertura para su medicamento; (3) le dijeron que tenía que solicitar el programa de asistencia a pacientes de un fabricante como requisito previo para tener cobertura de plan para su medicamento especializado, incluidos los productos de la Alianza; (4) le dijeron que no tiene cobertura de plan para su medicamento especializado a menos que no se hayan podido encontrar fuentes alternativas de financiación para su medicamento especializado; (5) si su plan le exigió que proporcionara información personal y médica a un programa de terceros o que introdujera dicha información en un portal de pacientes de terceros antes de completar esta solicitud; (6) le dijo su empleador recientemente que los beneficios de su plan de medicamentos especializado han cambiado; o (7) tiene alguna otra razón para pensar que su plan de salud puede funcionar con un programa de financiación alternativo, o que un programa de financiación alternativo puede estar relacionado con los beneficios de su plan. Si la respuesta a alguna de estas preguntas es sí, consulte con el patrocinador de su plan y revise los beneficios de su plan para determinar si su plan funciona con un tercero que proporcione cualquiera de los servicios, o si está relacionado con alguno de los requisitos descritos en el presente documento. Si es así, no es elegible para postularse para este programa. Al solicitar el programa de asistencia al paciente de *DUPIXENT MyWay*, usted certifica que la respuesta a todas estas preguntas es "no".

También entiendo que los Servicios pueden ser revisados, modificados o finalizados en cualquier momento, y que el Programa puede ser modificado o interrumpido sin previo aviso.

Consentimiento para comunicaciones. Autorizo a la Alianza a comunicarse conmigo por correo postal, teléfono o correo electrónico, o, si declaro mi acuerdo y consentimiento en la página 1, por mensaje de texto*, en relación con el Programa, el estado de la enfermedad y la educación y los servicios relacionados con el producto, la información sobre mi participación en el Programa y el tratamiento, y para evaluar y mejorar el Programa y los servicios asociados prestados (en conjunto, las "Comunicaciones"). Entiendo que la Alianza puede comunicarse conmigo en caso de que yo informe algún evento adverso. Entiendo que no estoy obligado a inscribirme en el Programa ni a recibir las Comunicaciones, y que aun así puedo recibir la inyección de DUPIXENT, según lo recete mi Proveedor de atención médica. Entiendo que las Comunicaciones transmitidas mediante un correo electrónico o mensaje de texto sin cifrar a través de una red abierta pueden ser inherentemente inseguras, y no existe ninguna garantía de confidencialidad de la información comunicada de esta manera. Puedo optar por no recibir Comunicaciones, servicios de apoyo individuales ofrecidos por el Programa, incluida la Tarjeta de copago *DUPIXENT MyWay*, o bien elegir no recibir el Programa por completo en cualquier momento mediante una notificación a un representante del Programa por teléfono al 1-844-387-4936, una carta a *DUPIXENT MyWay* 2730 S Edmonds Lane, Suite 300, Lewisville, TX 75067, o poniéndome en contacto con Regeneron a través de DataProtection@Regeneron.com o con Sanofi a través de PrivacyOfficeUSA@sanofi.com.

Consentimiento para el uso de información personal y sensible. Entiendo que mi información médica, información de contacto, y otra información personal que yo, mi proveedor de atención médica y otros compartamos con Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Sanofi EE. UU., y sus filiales y agentes (en conjunto, la "Alianza"), se recopilan para proporcionarme la ayuda que solicito, para los fines descritos en este Formulario de inscripción en el Programa y para otros fines comerciales de la Alianza, como se describe en el Aviso de privacidad de Regeneron, disponible en regeneron.com/privacy-policy; la Política de privacidad de datos de salud del consumidor de Regeneron, disponible en regeneron.com/privacy-policy; y la Política de privacidad global de Sanofi en EE. UU., disponible en sanofi.com/our-responsibility/sanofi-global-privacy-policy. Además, entiendo que se requiere mi consentimiento para procesar mi información confidencial en virtud de ciertas leyes de privacidad estatales de EE. UU. y, al firmar donde se indica en la página 1, doy mi consentimiento para la recopilación, el uso, la divulgación y el procesamiento de mi información personal y confidencial, incluidos mis datos médicos personales, tal como se describe en las políticas de privacidad de la Alianza. Entiendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento mediante una notificación a la Alianza a través de la información de contacto que figura a continuación. Según el lugar donde yo viva, puedo tener determinados derechos con respecto a mi información personal, lo que incluye la solicitud de acceso a mi información personal o su eliminación. Soy consciente de que es posible que la Alianza no esté obligada a cumplir con mis solicitudes en determinadas circunstancias. Entiendo que, para ejercer estos derechos, puedo comunicarme con la Oficina de Privacidad de Regeneron por correo electrónico a dataprotection@regeneron.com o por teléfono al 1-844-835-4137, o con la Oficina de Privacidad de Sanofi a PrivacyOfficeUSA@sanofi.com.

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 en los números de teléfono móvil que proporciono.

Confirmo 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 puedo optar por dejar de recibir mensajes de texto en cualquier momento si envío desde mi teléfono móvil un mensaje con la palabra STOP al 94742 y que, al enviar un mensaje con la palabra HELP al 94742, 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 aplicarse tarifas de mensajes y datos.

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

Puede conservar una copia de este formulario para su registro.

© 2026 Sanofi y Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados. US.DUP.26.03.0084 06/2026

Para que su paciente sea evaluado para el Programa de Inicio Rápido de *DUPIXENT MyWay*, complete esta página y envíela junto con el formulario de inscripción también completado. Esta página no se puede enviar por separado.

DUPIXENT myway | DUPIXENT® (dupilumab) Inyección

Opcional: Programa de Inicio Rápido

SOLO PARA PACIENTES CON SEGURO COMERCIAL: Es posible que el Programa de Inicio Rápido pueda proporcionar temporalmente DUPIXENT sin costo para ayudar a conectar a los pacientes con seguro comercial a la terapia si hay un retraso en la cobertura. Debe continuar buscando cobertura de seguro para que el paciente siga siendo elegible para este programa.

Urticaria crónica espontánea

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento *(DD/MM/AAAA)*

INFORMACIÓN DE QUIEN RECETA

Nombre de quien receta		N.º NPI de quien receta	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Fax	N.º de lic. estatal del médico que receta (solo Puerto Rico)	

RECETA: RECETA DE DUPIXENT® (DUPILUMAB) (200 MG/1.14 ML O 300 MG/2 ML)

Cumplimente la receta y firme donde está indicado.

Tipo de dispositivo preferido:

- ☐ **Jeringa precargada**
- O BIEN
- ☐ **Pluma precargada**

Renovaciones	Peso *(kg)*	**1 kg = 2.2 lb**

Alergias a fármacos conocidas

Cantidad suficiente para un suministro de hasta 28 días

Firmas de quien receta *(NO sellos)*

Dispensar como está escrito

FIRMA

FECHA

O BIEN

Sustituciones permitidas

FIRMA

FECHA

Nombre del médico colaborador

N.º NPI

ADMINISTRACIÓN DE DOSIS EN ADULTOS

Edad ≥18 años	☐	**Dosis de carga:** 600 mg SIG: 2 (300 mg/2 ml) subQ el día 1
	☐	**Dosis posterior:** 300 mg SIG: 1 (300 mg/2 ml) subQ cada 2 semanas, a partir del día 15

ADMINISTRACIÓN DE DOSIS EN NIÑOS

EDAD	PESO	ADMINISTRACIÓN DE DOSIS	
6 a 17 años	**15 kg a <30 kg**	☐	**Dosis de carga:** 600 mg SIG: 2 (300 mg/2 ml) subQ el día 1
		☐	**Dosis posterior:** 300 mg SIG: 1 (300 mg/2 ml) subQ cada 4 semanas, a partir del día 29
	30 kg a <60 kg	☐	**Dosis de carga:** 400 mg SIG: 2 (200 mg/1.14 ml) subQ el día 1
		☐	**Dosis posterior:** 200 mg SIG: 1 (200 mg/1.14 ml) subQ cada 2 semanas, a partir del día 15
	≥60 kg	☐	**Dosis de carga:** 600 mg SIG: 2 (300 mg/2 ml) subQ el día 1
		☐	**Dosis posterior:** 300 mg SIG: 1 (300 mg/2 ml) subQ cada 2 semanas, a partir del día 15
De 2 a 5 años	**5 kg a <15 kg**	☐	**Dosis iniciales y posteriores:** 200 mg SIG: 1 (200 mg/1.14 ml) subQ cada 4 semanas
	15 kg a <30 kg	☐	**Dosis iniciales y posteriores:** 300 mg SIG: 1 (300 mg/2 ml) subQ cada 4 semanas

Certificación de quien receta: 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 le 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 con receta de mi paciente; evaluar, si procede, la elegibilidad de mi paciente para la asistencia 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 los 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 7 a continuación. Además, he analizado con el paciente los Servicios y Comunicaciones que se exponen en la Sección 8 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, siempre 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 medicamento gratuito distribuido a través del Programa de Asistencia al Paciente de *DUPIXENT MyWay* no está supeditado a ninguna obligación de compra. También entiendo que ningún medicamento gratuito puede ser presentado para su reembolso a ningún pagador, incluidos Medicare y Medicaid, y que ningún medicamento 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 página 5, 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 medicamento 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 que emite recetas en Nueva York, utilice un formulario de receta original del estado de Nueva York. Quien receta debe cumplir con los requisitos específicos de su estado en cuanto a recetas, como las recetas electrónicas, el formulario de receta específico del estado, el lenguaje de fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado podría requerir que se comunique con el médico que receta.

sanofi | REGENERON®

DUPIXENT y DUPIXENT MyWay son marcas comerciales registradas de Sanofi o una filial.

© 2026 Sanofi y Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados. US.DUP.26.03.0084 06/2026