

Llene todo el formulario y envíelo por fax al 855-398-7634.

Para recibir apoyo, llame al 855-749-4363 de lunes a viernes,  
de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del este).

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO  ALPROLIX  ALTUVIIIIO  ELOCTATE

SERVICIOS SOLICITADOS  Investigación de seguro  Prueba gratis Plus  Acceso a factor  Copago  
 Comunicaciones y contacto por un miembro de Relaciones Comunitarias de Sanofi

### 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Primer nombre \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Inicial 2º nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  Buzón de voz  Texto  
Fecha nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo  H  M  Otro Idioma principal (si no es Español) \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Cuidador(a) (si corresponde) \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono de cuidador(a) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_

### 2. INFORMACIÓN DE LA RECETA Y CERTIFICACIONES DEL PROVEEDOR

Código ICD-10

Medicamento(s) previo(s) (el más reciente primero) \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  kg /  lb Fecha registrada \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Suministros adicionales  Sí  No  
\_\_\_\_\_ Acceso intravenoso  
Alergias conocidas a medicamentos \_\_\_\_\_  Kit de suministros periféricos, cantidad suficiente (CS), usar como  
\_\_\_\_\_ está indicado (UCEI)  
Fecha de la primera infusión \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Kit de suministros para puerto, cantidad suficiente (CS), usar como  
\_\_\_\_\_ está indicado (UCEI)

#### A. RECETA REQUERIDA PARA QUE SERVICIOS AL PACIENTE ENVÍEN LA RECETA A LA FARMACIA ESPECIALIZADA O AL PROGRAMA ACCESO A FACTOR

Medicamento	Propósito	Dosis/Frecuencia/Instrucciones	N.º de dosis/cantidad	N.o de repeticiones
<input type="checkbox"/> ALPROLIX IV	<input type="checkbox"/> Profilaxis			Profilaxis _____
<input type="checkbox"/> ALTUVIIIIO IV	<input type="checkbox"/> A demanda			Dosis por sangrado _____
<input type="checkbox"/> ELOCTATE IV	<input type="checkbox"/> Sangrado leve			
	<input type="checkbox"/> Sangrado severo			

#### B. RECETA REQUERIDA SI ESTÁ SOLICITANDO LA PRUEBA GRATIS PLUS (Para ser llenado solamente por la farmacia de artículos gratis de Sanofi)

Medicamento	Propósito	Dosis/Frecuencia/Instrucciones	N.º de dosis/cantidad	N.o de repeticiones
<input type="checkbox"/> ALPROLIX IV	<input type="checkbox"/> Profilaxis			Profilaxis _____ 0
<input type="checkbox"/> ALTUVIIIIO IV	<input type="checkbox"/> A demanda			Dosis por sangrado _____ 0
<input type="checkbox"/> ELOCTATE IV	<input type="checkbox"/> Sangrado leve			
	<input type="checkbox"/> Sangrado severo			

Mi firma certifica que la persona indicada en este formulario es mi paciente; que la información proporcionada en esta solicitud, a mi leal saber y entender, es completa y exacta; y que la terapia con ALPROLIX/ALTUVIIIIO/ELOCTATE es médicamente necesaria.

Confirmando que obtuve autorización para divulgar la información médica personal del paciente y la información de este formulario y de cualquier prescripción a Genzyme Corporation (junto con sus compañías matrices y filiales, "Sanofi") y a sus socios comerciales externos, proveedores y otros agentes ("Agentes") con el fin de proporcionar servicios de apoyo de productos ("los Programas"), incluida la investigación de beneficios. Certifico además que cualquier servicio ofrecido por Sanofi en nombre de cualquier paciente no se hace a cambio de ningún acuerdo expreso o implícito ni conocimiento de que recomendaría, prescribiría o usaría cualquier producto o servicio de Sanofi para cualquier persona y mi decisión de prescribir ALPROLIX/ALTUVIIIIO/ELOCTATE se basó exclusivamente en mi determinación de necesidad médica. Entiendo que mi información puede ser usada por Sanofi para gestionar y mejorar los Programas, comunicarse conmigo en relación con mi experiencia con los Programas y/o para enviar materiales de pacientes relacionados con los Programas. Con respecto a cualquier producto gratuito proporcionado al paciente indicado arriba, entiendo que la entrega del producto no está supeditada a ninguna obligación de compra. También entiendo que no se presentará ninguna solicitud de reembolso a Medicare, Medicaid ni a ningún tercer pagador por los medicamentos recibidos gratuitamente en el marco del Programa, ni por los procedimientos y servicios médicos relacionados; tampoco se venderá, intercambiará ni distribuirá el producto gratuito para su venta. Autorizo a Sanofi o a sus compañías matrices o subcontratistas, incluidas las farmacias especializadas de la red, a través del Programa de Servicios para Pacientes de Sanofi ("Programa") a remitir esta prescripción por vía electrónica, por fax o por correo a la farmacia de la red correspondiente para el paciente indicado arriba. Además, certifico y declaro lo siguiente: Esta solicitud fue preparada exclusivamente por mí o por mi consultorio. Entiendo que el Programa de Servicios para Pacientes de Sanofi puede revisar, cambiar o terminar en cualquier momento cualquier servicio del programa sin que tengan que notificármelo. Notificaré inmediatamente a la farmacia especializada si ALPROLIX/ALTUVIIIIO/ELOCTATE deja de ser un medicamento necesario para el tratamiento de este paciente o si cambia la situación del seguro de mi paciente. Autorizo a Sanofi, como mi agente designado y en nombre de mi paciente, a (1) remitir el formulario de solicitud de servicio indicado arriba y proporcionar cualquier información que figure en este formulario a la aseguradora del paciente indicado arriba y (2) remitir la prescripción indicada arriba, por fax u otros modos de entrega, a la farmacia dispensadora. Acepto colaborar en los esfuerzos para garantizar el acceso de mi paciente a ALPROLIX/ALTUVIIIIO/ELOCTATE en caso de retraso en la cobertura. El prescriptor cumplirá con sus requisitos de prescripción específicos del estado, tal como prescripción electrónica, formulario de prescripción específico del estado, idioma de fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado podría resultar en la comunicación con el prescriptor.

OPCIONAL –  MENSAJERÍA DE TEXTO: Al proporcionar la dirección de correo electrónico o el número de celular de su paciente y marcar esta casilla, usted certifica que ha obtenido el consentimiento del paciente para recibir mensajes por correo electrónico y/o mensajes de texto (según corresponda) en relación con la inscripción en el Programa de Servicios para Pacientes de Sanofi, incluida la notificación al paciente de que tiene derecho a cancelar en cualquier momento la recepción de futuros mensajes y, en el caso de los mensajes de texto, que podrían aplicar tarifas de datos/mensajería del proveedor de servicio inalámbrico y que no se requiere su consentimiento como condición de compra de cualquier artículo o servicio de Sanofi US o de sus afiliados.

DISPENSAR TAL COMO ESTÁ ESCRITO/NO SUSTITUIR

SE PERMITEN SUSTITUCIONES

FIRMA Y FECHA / /

FIRMA Y FECHA / /

FIRMA DEL PROVEEDOR

FECHA

FIRMA DEL PROVEEDOR

FECHA

CA, MA, NC & PR: El intercambio es obligatorio, salvo que el prescriptor escriba las palabras "NINGUNA SUSTITUCIÓN".  
ATN: Los proveedores de Nueva York y Iowa deben enviar la prescripción electrónica.

Llene todo el formulario y envíelo por fax al 855-398-7634.

Para recibir apoyo, llame al 855-749-4363 de lunes a viernes,  
de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del este).

### 3. FARMACIA ESPECIALIZADA PREFERIDA

¿Quién enviará la receta a la farmacia especializada?  Proveedor de atención médica  Servicios al Paciente

Enviar al  Hogar del paciente  Oficina del Proveedor

Indique la farmacia especializada preferida

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### 4. INFORMACIÓN DEL SEGURO

EL PACIENTE NO TIENE SEGURO

OMITA O PASE ESTA SECCIÓN SI ADJUNTA COPIAS (AMBOS LADOS) DE LAS TARJETAS DE SEGURO Y RECETAS DISPONIBLES.

Seguro médico principal \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza (primer nombre/apellido) \_\_\_\_\_

Teléfono del seguro \_\_\_\_\_

N.º ID de la póliza \_\_\_\_\_ Empleador del titular de la póliza \_\_\_\_\_

N.º grupo \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Seguro de salud secundario \_\_\_\_\_

Teléfono del seguro \_\_\_\_\_ N.º grupo \_\_\_\_\_

N.º ID de póliza \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza (primer nombre/apellido) \_\_\_\_\_

Seguro del medicamento de Receta (si es diferente) \_\_\_\_\_

Teléfono del seguro \_\_\_\_\_ N.º RxBIN \_\_\_\_\_

N.º ID de póliza \_\_\_\_\_ N.º RxPCN \_\_\_\_\_

N.º de grupo \_\_\_\_\_

### 5. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

**REQUERIDO** – LA FARMACIA ESPECIALIZADA TENDRÁ QUE COMUNICARSE CON EL PROVEEDOR ANTES DE DISPENSAR EL PRODUCTO

Nombre del Proveedor \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Nombre de la oficina del proveedor \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre del contacto en la oficina \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_ NPI \_\_\_\_\_ ID fiscal \_\_\_\_\_

Correo electrónico del contacto en la oficina \_\_\_\_\_ Licencia estatal \_\_\_\_\_

Llene todo el formulario y envíelo por fax al 855-398-7634.

Para recibir apoyo, llame al 855-749-4363 de lunes a viernes,  
de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del este).

## 6. AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN Y USO DE INFORMACIÓN MÉDICA

**PACIENTE – POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN, LUEGO ESCRIBA LA FECHA Y FIRME DONDE SE LE INDIQUE.**

Al firmar esta Autorización para divulgar información médica ("Autorización"), autorizo a mis proveedores de atención médica (incluidas mis farmacias) y a mis planes de salud y aseguradoras [y sus contratistas] (en conjunto, las "Partes") a divulgar a Genzyme Corporation incluyendo sus compañías matrices y filiales, socios comerciales externos, proveedores y demás agentes (en conjunto, "Sanofi") información sobre mi enfermedad, tratamiento, cobertura de seguro y pago por mi terapia (conjuntamente con la información que proporcioné en este Formulario de inscripción y que pueda proporcionar en el futuro, "mi Información") para que Sanofi pueda ofrecerme servicios de apoyo para pacientes y enviarme las comunicaciones que acepté recibir en este Formulario de inscripción.

Las Partes y Sanofi pueden usar y divulgar mi Información con el propósito de proporcionar determinados servicios de apoyo que yo acepte en este Formulario de inscripción, incluyendo entre otros: (1) determinar si cumpla los requisitos para participar en el Programa de Servicios para Pacientes de Sanofi ("el Programa"); (2) gestionar y mejorar el Programa; (3) para comunicarse conmigo acerca de mi experiencia con el Programa; (4) para enviar materiales relacionados con el Programa; (5) investigar la cobertura de mi seguro médico; (6) operar y administrar el Programa; y (7) comunicarse conmigo para seguimiento de cualquier acontecimiento adverso que pueda expresar en relación con un producto de Sanofi. Autorizo además a Sanofi a anonimizar mi información médica y a usarla para realizar estudios de investigación, educación, analítica comercial y de marketing o para otros fines comerciales, incluyendo la asociación con otra información anonimizada que Sanofi pueda recibir de otras fuentes.

Entiendo que una vez que mi información haya sido divulgada a Sanofi, las leyes federales de privacidad quizás ya no protejan la divulgación posterior de dicha información, pero que Sanofi tiene la intención de usar y divulgar mi información sólo de acuerdo con esta Autorización o según lo permitido por la ley. Entiendo que Sanofi puede pagar a mi farmacia especializada para obtener, usar o divulgar mi información. Entiendo que mi información médica personal puede ser usada para comunicaciones entre Sanofi y yo que pueden ser consideradas como marketing. Las farmacias especializadas pueden recibir una remuneración a cambio de divulgar mi información y/o por prestarme servicios de apoyo en relación con el Programa de Servicios para Pacientes de Sanofi. Usted puede tener ciertos derechos en virtud de las leyes de privacidad de datos aplicables en relación con su información personal, incluido el derecho a acceder a su información personal en poder de Sanofi. Para obtener más información sobre estos derechos, consulte nuestra Política de privacidad global en [www.sanofi.com/en/privacy-and-data-protection](http://www.sanofi.com/en/privacy-and-data-protection). La retirada de esta autorización finalizará la dependencia en Esta Autorización (y mi participación en el Programa) pero no afectará al uso o divulgación de mi información antes de que se recibiera ni notificación de retirada y se procesara.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que la negación a firmarla no afectará a mi capacidad de obtener atención médica, cobertura de seguro o acceso a beneficios médicos, incluyendo acceso a terapia. Entiendo que esta Autorización vence en 5 años a partir de la fecha de la firma, salvo que esté sujeta a las leyes aplicables, salvo si yo retiro esta Autorización antes de dicha fecha. Además, entiendo que puedo retirar esta Autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito que incluya mi nombre, dirección y número de teléfono, a Sanofi, a la atención de: RBD Patient Services, 450 Water St, Cambridge, MA 02141, o por correo electrónico a [RBDPatientSolutions@sanofi.com](mailto:RBDPatientSolutions@sanofi.com).

**REQUERIDO –** Al firmar a continuación, certifico que he leído y entendido la Autorización para divulgar la información médica y acepto sus términos. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización bajo petición.

FIRMA Y  
FECHA

/ /

FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL (1 DE 2)

FECHA

Nombre escrito si firmado por un representante legal

Relación con el paciente

## 7. CERTIFICACIONES DEL PACIENTE

**PACIENTE – POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN, LUEGO ESCRIBA LA FECHA Y FIRME DONDE SE LE INDIQUE.**

Confirmando que tengo una prescripción válida para ALPROLIX/ALTUVIIIIO/ELOCTATE, que resido en EE. UU. o en uno de sus territorios, y que estoy siendo tratado por un prescriptor en EE. UU. o en uno de sus territorios. Si me inscribo en el Programa de Copagos, confirmo que tengo seguro privado y confirmo además que no usaré ningún programa de seguro médico con financiación estatal o federal, tal como Medicare (incluido Medicare Parte D), Medicaid, Medigap, VA, DoD, TRICARE ni programas de ayuda farmacéutica federales o estatales similares para pagar parcialmente por mi prescripción de ALPROLIX/ALTUVIIIIO/ELOCTATE.

Autorizo a Sanofi a proporcionarme diversos servicios de apoyo terapéutico para los que soy elegible, que pueden incluir, entre otros:

- Educación de pacientes y apoyo para cumplimiento terapéutico.
- Investigación sobre beneficios de seguro para evaluar la elegibilidad de cobertura y reembolso (si se solicita).
- Apoyo para ayuda financiera y cobertura (si se solicita).
- Otros servicios de apoyo que se puedan añadir en el futuro, así como cualquier información o materiales relacionados con dichos servicios de apoyo.

Confirmando y entiendo que Sanofi no puede ofrecerme consejo médico y que dirigiré todas mis preguntas relacionadas con el tratamiento a mi profesional de atención médica.

CONTINUACIÓN EN PÁGINA 4

Para recibir apoyo, llame al **855-749-4363** de lunes a viernes,  
de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del este).

Llene todo el formulario y envíelo por fax al **855-398-7634**.

## 7. CERTIFICACIONES DEL PACIENTE (CONTINUACIÓN)

Entiendo y acepto que Sanofi puede ponerse en contacto conmigo acerca de dichos servicios e información por correo, correo electrónico, llamada telefónica, fax u otros medios en los números de teléfono, correo electrónico y direcciones postales que proporcione. Entiendo que un representante de Sanofi se puede comunicar conmigo para el seguimiento de cualquier evento adverso que informe en relación con un producto de Sanofi. Entiendo que no estoy obligado a inscribirme en el Programa y que si decido no inscribirme, todavía puedo recibir mi medicación tal como haya me haya prescrito el médico. Puedo renunciar al Programa en cualquier momento llamando al equipo de Gestión de Casos al 833.723.5463, enviando un correo electrónico a [RBDPatientSolutions@sanofi.com](mailto:RBDPatientSolutions@sanofi.com), o enviando una notificación por escrito que incluya mi nombre, dirección y número de teléfono, a Sanofi, a la atención de: RBD Patient Services, 450 Water St, Cambridge, MA 02140. Sanofi se reserva el derecho de modificar o terminar los Programas en cualquier momento sin previo aviso.

Si me inscribo en el Programa de Copagos de Sanofi\* (el "Programa de Copagos"), entiendo que la información de mi Tarjeta de Copago se enviará a mi farmacia especializada designada junto con mi prescripción, y cualquier ayuda con mi costo compartido o copago aplicable para ALPROLIX/ALTUVIIIIO/ELOCTATE se producirá de acuerdo con los términos y condiciones del Programa de Copagos.

\*No es válido si el paciente está utilizando un programa de seguro médico financiado por el estado o el gobierno federal, como Medicare (incluyendo la Parte D de Medicare), Medicaid, Medigap, VA, DoD, TRICARE programa estatal de asistencia farmacéutica, etc. para pagar parcial o totalmente su prescripción de ALPROLIX/ALTUVIIIIO/ELOCTATE.

También acepto que Sanofi verifique mi elegibilidad para el Programa de Servicios para Pacientes de Sanofi, y entiendo que dicha verificación puede incluir contactarme a mí o a mi proveedor de atención médica para obtener información adicional y/o revisar información financiera, de seguro y/o médica adicional. Autorizo a Sanofi en virtud de la Ley de Informe Imparcial de Crédito (FCRA) a usar mi información demográfica para acceder a los informes sobre mi historial de crédito individual de las agencias de informes de consumidores. Entiendo que, si lo solicito, Sanofi me dirá si se solicitó un informe del consumidor individual y el nombre y la dirección de la agencia que lo proporcionó. Entiendo y autorizo, además, a Sanofi a usar cualquier informe de consumidor sobre mi persona y la información recopilada sobre mí, junto con otra información que obtengan de fuentes públicas o de otro tipo, para calcular mis ingresos en combinación con el proceso de determinación de elegibilidad del Programa de Servicios para Pacientes de Sanofi, si corresponde. Además, entiendo que ningún producto gratuito podrá ser presentado para su reembolso a ningún pagador, incluyendo Medicare y Medicaid; y que ningún producto gratuito podrá ser vendido, intercambiado o distribuido para su venta. Si se me aprueba para el Programa de Servicios para Pacientes de Sanofi, no solicitaré que el valor de los medicamentos que se me proporcionen en virtud de este programa se tenga en cuenta para los costos reales de bolsillo (TrOOP, por sus siglas en inglés) de los medicamentos recetados de mi plan de la Parte D de Medicare. La continuidad en el Programa de Servicios para Pacientes de Sanofi está sujeta a la verificación oportuna de ingresos. Además, me comprometo a notificar inmediatamente al Programa de Servicios para Pacientes de Sanofi RBD si cambia la situación de mi seguro o mis ingresos. Sanofi se reserva el derecho de revisar las solicitudes de ayuda en función de la necesidad de los pacientes y de cambiar las directrices del programa o terminar el programa en cualquier momento sin previo aviso.

### COMUNICACIONES Y ALCANCE DE UN MIEMBRO EN RELACIONES COMUNITARIAS DE SANOFI

Acepto que Sanofi y sus agentes (tales como socios comerciales externos) puedan ponerse en contacto conmigo por correo postal, correo electrónico, fax y/o teléfono, incluyendo llamadas y mensajes de texto (si doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto), y enviarme información acerca de trastornos sanguíneos poco comunes y productos, promociones, servicios y estudios de investigación relevantes de Sanofi, solicitar mi opinión acerca de dicha información y temas, incluso a través de investigaciones de mercado y encuestas relacionadas con la enfermedad, y compartir la información que proporcione entre sí para realizar estas actividades, y desidentificarla para usarla en la realización de investigaciones, educación, análisis comerciales, estudios de marketing y otros fines comerciales. Si acepto recibir mensajes de texto, entiendo que podrían aplicar tarifas por mensajería de texto. Su información no se venderá a ningún tercero pero se puede proporcionar a las autoridades reguladoras, si fuera necesario. Usted puede tener ciertos derechos en virtud de las leyes de privacidad de datos aplicables en relación con su información personal, incluido el derecho a acceder a su información personal en poder de Sanofi. Para más información acerca de estos derechos, consulte nuestra Política de privacidad global. Puede optar por no seguir recibiendo dichas comunicaciones en cualquier momento enviando un correo electrónico a [RBDPatientSolutions@sanofi.com](mailto:RBDPatientSolutions@sanofi.com). La recepción de estas comunicaciones no es obligatoria para recibir los servicios de de apoyo para pacientes de Sanofi.

### CONSENTIMIENTO PARA MENSAJERÍA DE TEXTO

Al marcar la casilla de consentimiento para recibir mensajes de texto a continuación, confirmo que acepto expresamente la recepción de mensajes de texto o llamadas automáticas de Sanofi o en su nombre en el/los número(s) de teléfono(s) celular(es) que proporcione.

Confirmo que soy el suscriptor del/de los número(s) de teléfono(s) celular(es) proporcionado(s) y acepto notificar de inmediato a Sanofi si cualquiera de mí(s) número(s) cambia(n) en el futuro. Entiendo que podrían aplicar tarifas por datos y mensajería de texto del proveedor de servicio inalámbrico para cualquier mensaje de texto que reciba de Sanofi o en su nombre en el/los número(s) de teléfono(s) celular(es) que proporcione. Entiendo que puedo cancelar en cualquier momento la recepción de mensajes de texto en el futuro. Para cancelar la recepción de mensajes de texto, entiendo que debe contestar con la palabra "STOP" al 617-915-4365.

Entiendo que mi consentimiento para recibir mensajes de texto de Sanofi o en su nombre no es obligatorio como condición de compra de productos o servicios de Sanofi o sus afiliados.

**OPCIONAL** –  Marque esta casilla para aceptar recibir mensajes de texto.

**REQUERIDO** – Al firmar a continuación, certifico que he leído y entiendo la Autorización del Programa de Servicios para Pacientes de Sanofi y acepto sus términos.

**FIRMA Y FECHA** / /  
FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL (1 DE 2) FECHA

Nombre escrito si firmado por un representante legal

Relación con el paciente