

PROGRAMAS DE APOYO DE SANOFI GENZYME

MyELOCTATE: 1-855-693-5628 MyALPROLIX: 1-855-692-5776



FREE TRIAL PLUS*

Reciba su primer suministro de terapia para 30 días inmediatamente con una receta válida de su proveedor de atención médica. Si fuera necesario, también puede recibir el factor de manera gratuita durante 1 año como máximo.



ASISTENCIA PARA COPAGOS*

Sanofi Genzyme ofrece un programa de copago a los pacientes elegibles que puede cubrir hasta 20 000 de los gastos de bolsillo de copago o de coseguros asociados a su prescripción.



FACTOR ACCESS*

Le ayuda a acceder a ELOCTATE o ALPROLIX, incluso si se interrumpe su cobertura de seguro; por ejemplo, si se encuentra desempleado o en proceso de cambio de aseguradora.

* Aquellas personas con seguro federal y estatal, como Medicare, Medicaid o TRICARE no son elegibles. Pueden aplicarse otros requisitos de elegibilidad. Sanofi Genzyme se reserva el derecho de modificar o interrumpir los programas en cualquier momento. Consulte Elocate.com o Alprolix.com para obtener más información. No válido cuando lo prohíba la ley. Tras el registro, el paciente recibirá todos los detalles del programa.

INSTRUCCIONES PARA PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA

Programa de apoyo de servicios para pacientes: Free Trial Plus Copago Factor Access **Prescripción:** ELOCTATE o ALPROLIX
Investigación de beneficios

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR (obligatorio)

Nombre del prescriptor: _____ N.º de matrícula del estado: _____ N.º de NPI: _____

Nombre del centro: _____ Dirección del centro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ N.º de identificación fiscal: _____

Contacto del consultorio médico: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Envío a: Hogar del paciente Consultorio médico del prescriptor

INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN (completar si se aplica para la prueba gratuita de 30 días o Factor Access)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Dosis: _____

Peso del paciente: _____ kg _____ lb N.º de reposiciones: _____ Indicaciones: _____

Frecuencia: _____ Suministros auxiliares: _____ Acceso intravenoso: Periférico Puerto

AUTORIZACIÓN DEL PRESCRIPTOR PARA LA PRUEBA GRATUITA DE 30 DÍAS O FACTOR ACCESS (obligatorio)

Reconozco que he obtenido autorización para revelar la información médica personal del paciente y la información de este formulario y cualquier prescripción a Genzyme Corporation (junto con sus casas matrices y filiales, "Sanofi Genzyme") y sus socios comerciales externos, proveedores y otros agentes ("Agentes") (junto con Sanofi Genzyme, "Sanofi"), con el fin de prestar servicios de apoyo de productos ("los Programas"). Además, certifico que cualquier servicio proporcionado por Sanofi Genzyme en nombre de cualquier paciente no se realiza a cambio de ningún acuerdo o entendimiento expreso o implícito que pudiera recomendar, prescribir o utilizar cualquier producto o servicio de Sanofi Genzyme para nadie, y mi decisión de prescribir un producto de Sanofi Genzyme se basó exclusivamente en mi determinación de necesidad médica. Entiendo que Sanofi puede utilizar mi información para gestionar y mejorar los Programas, para comunicarse conmigo acerca de mi experiencia con los Programas y/o para enviar materiales para pacientes relacionados con los Programas. Con respecto a cualquier producto gratuito proporcionado al paciente que se enumera a continuación, entiendo que la provisión del producto no está condicionada a ninguna obligación de compra y no solicitaré el reembolso de ningún programa gubernamental o aseguradora externa por medicamentos o insumos recibidos gratuitamente en virtud del Programa, ni tampoco el producto gratuito se venderá, comercializará ni distribuirá para la venta. Notificaré inmediatamente a Sanofi Genzyme si el producto de Sanofi Genzyme ya no es médicamente necesario para el tratamiento de este paciente o en caso de cambio del estado del seguro de mi paciente. Autorizo a Sanofi Genzyme como mi representante designado y en nombre de la persona que se indica a continuación a (1) enviar el formulario de solicitud de servicios anterior y facilitar cualquier información de este formulario a la aseguradora del paciente que se indica a continuación y (2) enviar la prescripción mencionada anteriormente, por fax u otro modo de entrega, a nuestra farmacia de productos gratuitos.

El médico prescriptor debe cumplir con los requisitos de prescripción específicos de cada estado, como la prescripción electrónica, el formulario de prescripción específico del estado, el idioma del fax, etc. La falta de cumplimiento de los requisitos específicos del estado podría dar lugar a la citación del médico prescriptor.

Certifico la justificación para la prescripción de ALPROLIX [ICD-10 D67] o ELOCTATE [ICD-10 D66] y supervisaré en consecuencia el tratamiento del paciente.

FIRMA DEL PRESCRIPTOR (dispensar según lo escrito) _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PRESCRIPTOR (se permite la sustitución) _____ FECHA: _____



INSTRUCCIONES PARA LOS PACIENTES

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE (obligatorio)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN (solo los últimos 4 dígitos): _____ Sexo: M F Otro

Nombre del padre/la madre/el tutor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Acepta para dejar un mensaje Correo electrónico: _____

Preferencia de idioma: Inglés Español Otro _____

Terapia actual: _____

¿Ha usado alguna vez ELOCTATE o ALPROLIX? Sí No En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha del primer uso? _____

Obligatorio solo para el Programa Factor Access:

1. ¿Se ha postulado para Medicaid? (En caso afirmativo, debe incluir su carta de rechazo de Medicaid. La carta debe tener fecha de los últimos 90 días).

Sí No

2. Ingresos domésticos (ingresos brutos de recursos imponibles menos deducciones permitidas) _____

Cantidad de integrantes en el hogar _____

3. Se requiere la verificación de ingresos para participar en el Programa Factor Access. La documentación aceptable incluye W-2, IRS-1040 o un recibo de sueldo reciente.

INFORMACIÓN DE SEGURO DEL PACIENTE (obligatorio)

Marcar si el paciente no tiene seguro

Nombre del seguro principal: _____

Teléfono del seguro: _____

N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

Relación con el suscriptor: _____

Nombre del seguro secundario: _____

Teléfono del seguro: _____

N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Director de Beneficios Farmacéuticos (PBM): _____ N.º de grupo: _____

N.º de póliza: _____ N.º de BIN de recetas: _____ N.º de PCN de recetas: _____

Farmacia especializada actual: _____ Número de teléfono de la farmacia especializada: _____

Dirección de la farmacia especializada: _____ Número de fax de la farmacia especializada: _____

S N PREGUNTAS DE VERIFICACIÓN DEL PACIENTE

¿Tiene una receta válida para ALPROLIX o ELOCTATE?

¿Tiene un seguro comercial?

¿Está inscrito en algún programa de seguro médico estatal o federal con financiación federal como Medicare (incluida la Parte D de Medicare), Medicaid, Medigap, VA, DoD, TRICARE, programa de asistencia farmacéutica estatal, etc.?

¿Es residente de los Estados Unidos o de un territorio de los EE. UU.?

¿Recibe tratamiento de un médico prescriptor en los Estados Unidos o dentro del territorio de los EE. UU.?



LEER Y FIRMAR LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL (obligatorio)

Mediante la firma de 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 (junto con sus casas matrices y filiales, "Sanofi Genzyme") y asociados comerciales externos, proveedores y otros agentes ("Agentes") (en conjunto con Sanofi Genzyme, "Sanofi") la información sobre mi enfermedad, tratamiento, cobertura de seguro y pago de mi terapia ("mi Información") para que Sanofi me preste servicios de apoyo al paciente y me envíe comunicaciones que haya aceptado recibir en otro lugar de este Formulario de Inscripción. Las Partes y Sanofi (incluidos sus Agentes) podrán usar y divulgar mi Información con el fin de prestar determinados servicios de apoyo que acepto en este formulario de inscripción, incluso, entre otros: (1) determinar si soy apto/apta para participar en el Programa MyALPROLIX /MyELOCTATE ("el Programa"); (2) administrar y mejorar el Programa; (3) ponerse en contacto conmigo acerca de mi experiencia con el Programa; (4) enviar materiales relacionados con el Programa; (5) investigar sobre mi cobertura de seguro médico; (6) operar y administrar el Programa; y (7) ponerse en contacto conmigo para realizar un seguimiento de cualquier evento adverso que pueda informar respecto a un producto de Sanofi Genzyme. Además, autorizo a Sanofi a quitar la identificación de mi información sanitaria y utilizarla en la realización de estudios de investigación, educación, análisis comercial y estudios de comercialización, o para otros fines comerciales, incluida la vinculación con otra información anónima que Sanofi pueda recibir de otras fuentes. Entiendo que una vez que mi Información haya sido divulgada a Sanofi, es posible que las leyes federales de privacidad ya no protejan la información de otras divulgaciones, pero que Sanofi pretende utilizar y divulgar mi Información solo de conformidad con esta Autorización o según lo permita la ley. Entiendo que Sanofi puede pagar a mi farmacia para obtener mi Información. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que dicha negativa no afectará mi capacidad de obtener atención médica, cobertura de seguro o acceso a los beneficios médicos, incluido mi acceso a la terapia. Sin embargo, si no firmo esta Autorización, Sanofi no puede proporcionarme servicios de apoyo. Entiendo que esta Autorización caduca a los 10 años a partir de la fecha de la firma, a menos que esté sujeta a la legislación aplicable o hasta que retire (revierta) esta Autorización antes de entonces.

Además, entiendo que puedo retirar esta Autorización en cualquier momento enviando una notificación escrita que incluya mi nombre, dirección y número de teléfono a Sanofi Genzyme ATTN: Patient Services, 50 Binney Street, 3rd Floor, Cambridge, MA 02142 o enviando un correo electrónico a RBDPatientSolutions@sanofi.com.

El retiro de esta Autorización pondrá término a lo que dependa de esta Autorización (y mi participación en el Programa), pero no invalidará la utilización de la Autorización para usar o revelar mi Información antes de que se reciba y se procese mi aviso de retiro.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y comprendo la Autorización para Divulgar Información Médica y acepto sus términos. Entiendo que tengo derecho a obtener una copia de esta Autorización previa solicitud.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: (OBLIGATORIO PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS)

(FIRMA) (Nombre en letra de imprenta) FECHA: _____

(Opcional) Además, autorizo la divulgación de mi información médica al siguiente individuo designado:

(Nombre en letra de imprenta) (Relación)

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO AL PACIENTE

Autorizo a Sanofi a que me proporcione diversos servicios de apoyo a la terapia para los que soy elegible, que pueden incluir, entre otros: apoyo en línea, servicios de educación para el paciente, servicios de cumplimiento y persistencia, así como cualquier información o material relacionado con dichos servicios. Reconozco y comprendo que Sanofi no me puede proporcionar asesoramiento médico y dirigiré todas las preguntas relacionadas con el tratamiento a mi profesional de atención médica. Comprendo y estoy de acuerdo en que Sanofi pueda ponerse en contacto conmigo sobre dichos servicios e información por correo postal, correo electrónico, llamada telefónica, fax o mensaje de texto al número de teléfono móvil que proporcioné en el formulario de inscripción (incluido el automarcado; pueden aplicarse tarifas por los mensajes y los datos) u otros medios en los números de teléfono, correo electrónico y direcciones de correo que yo proporcione. Comprendo que un representante de Sanofi puede ponerse en contacto conmigo para realizar un seguimiento de cualquier evento adverso que pueda informar con respecto a un producto de Sanofi Genzyme. Comprendo que no estoy obligado a inscribirme en el Programa y, que si elijo no hacerlo, igualmente podré recibir mi medicamento, según la indicación de mi médico. Puedo optar por no participar del Programa en cualquier momento enviando un aviso escrito que incluya mi nombre, dirección y número de teléfono a Sanofi Genzyme ATTN: Patient Services, 50 Binney Street, 3rd Floor, Cambridge, MA 02142 o enviando un correo electrónico a RBDPatientSolutions@sanofi.com. Sanofi Genzyme se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar el Programa e interrumpir el soporte en cualquier momento sin previo aviso.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y comprendo la Autorización del Programa de Apoyo para Pacientes y acepto sus términos.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: (OBLIGATORIO PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS)

(FIRMA) (Nombre en letra de imprenta) FECHA: _____



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

PÁGINA 4 DE 4

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE A LOS PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA (PROGRAMA DE COPAGO/ASISTENCIA AL PACIENTE)

Confirmando que mi información personal y de seguros proporcionada en mi formulario de inscripción es exacta.

Si se postula para el Programa de Asistencia de Copago/Coseguro de MyAlprolix o MyEloctate (el "Programa de Copago"), reconozco y entiendo que (1) soy responsable de pagar los gastos de bolsillo por encima del máximo del programa; (2) los medicamentos para pacientes internados no está cubierto por el programa; (3) el Programa de Copago no cubre los costos asociados con la administración de la terapia tales como visitas al consultorio, suministros, procedimientos, o servicios médicos u otros servicios profesionales; (4) el Programa de Copago pagará el 100 % de mi copago, coseguro elegible y otros gastos de bolsillo hasta el máximo del programa; y (5) los pacientes que comienzan a utilizar la cobertura médica financiada por el gobierno estatal o federal durante su período de inclusión ya no serán elegibles. Confirmando que mi información personal y del seguro de este formulario se ha completado con exactitud. Certifico que no soy beneficiario de un programa de atención médica federal o estatal y que el producto de este formulario no está cubierto ni se presentará para reembolso de ningún programa estatal o federal, incluidos, entre otros, Medicaid, Medicare, VA, DoD, TRICARE o cualquier programa de asistencia farmacéutica estatal. Notificaré inmediatamente a Sanofi Genzyme Patient Services si cambia mi estado de seguro. Al firmar esta autorización del programa, autorizo a Sanofi y sus agentes a usar y compartir información sobre mi persona con mis proveedores de atención médica, farmacias especializadas y mi compañía de seguros para coordinar mi inscripción y participación en el programa de copagos.

*No válido para prescripciones cubiertas o presentadas para reembolso de Medicare, Medicaid, VA, DoD, TRICARE, ni programas federales o estatales similares, incluidos programas de asistencia farmacéutica estatal. No válido cuando lo prohíba la ley. Los ahorros pueden variar en función de los gastos directos del paciente. Tras el registro, el paciente recibirá todos los detalles del programa.

Si se solicita el Programa de Factor Access ("PAP"), que proporciona fármacos sin costo para los pacientes que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente y cumplen todos los requisitos de idoneidad del PAP, entiendo que este no es un programa de reemplazo. Certifico que toda la información presentada en mi formulario de inscripción, incluida la información sobre los ingresos de mi hogar y la cantidad de personas en mi hogar, es completa y precisa. Sanofi Genzyme RBD Patient Services puede utilizar mi fecha de nacimiento y/o información demográfica adicional según sea necesario para acceder a mi información de crédito y podrá utilizar información derivada del público y de otras fuentes para calcular mis ingresos junto con el proceso de determinación de la elegibilidad. La continuación del programa está condicionada a la verificación oportuna de los ingresos. Si se me solicita, acepto proporcionar a Sanofi prueba de ingresos en el plazo de treinta (30) días desde la solicitud. Reconozco que no se puede enviar ningún producto gratuito recibido a través del PAP para reembolso a ningún pagador, incluido Medicare y Medicaid; ni se puede vender, comercializar o distribuir para la venta, y certifico que no presentaré ninguna reclamación por cualquier producto gratuito recibido a través del PAP. También certifico que no incluiré el producto gratuito recibido a través del PAP en mis gastos de bolsillo verdaderos para cualquier plan de seguro que pueda tener. Entiendo que este programa no pretende inducir a un médico a usar o prescribir el producto presentado en este formulario de inscripción. Notificaré inmediatamente a Sanofi Genzyme RBD Patient Services si cambian mis ingresos o mi estado de seguro. Sanofi Genzyme se reserva el derecho de revisar las solicitudes de asistencia de acuerdo a la necesidad del paciente y de cambiar las pautas del programa o poner fin al programa en cualquier momento sin notificación.

También autorizo a Sanofi Genzyme y sus Agentes a comunicarse conmigo por correo, teléfono, mensaje de texto al número de teléfono celular que proporcioné en el formulario de inscripción (incluso marcado automático; se pueden aplicar cargos por los datos y los mensajes) o por correo electrónico en relación con los Programas de Asistencia Financiera y a informarme sobre programas de asistencia, tratamiento y terapias disponibles, e información relacionada con los seguros. Comprendo que un representante de Sanofi Genzyme puede ponerse en contacto conmigo para realizar un seguimiento de cualquier evento adverso que pueda informar con respecto a un producto de Sanofi. Comprendo que no estoy obligado a inscribirme en los Programas de Asistencia Financiera de Sanofi Genzyme RBD Patient Services y que, si elijo no hacerlo, igualmente podré recibir mi medicamento, según la indicación de mi médico. Puedo optar por no participar en el Programa en cualquier momento escribiendo a Sanofi Genzyme ATTN: Patient Services, 50 Binney Street, 3rd Floor, Cambridge, MA 02142, o enviando un correo electrónico a: RBDpatientsolutions@sanofi.com. Sanofi Genzyme se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar los Programas e interrumpir el apoyo en cualquier momento sin previo aviso.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: (OBLIGATORIO PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS)

(FIRMA) (Nombre en letra de imprenta) FECHA: _____

ACEPTO RECIBIR COMUNICACIONES SOBRE COMERCIALIZACIÓN RELEVANTES DE SANOFI GENZYME (OPCIONAL)

Sanofi Genzyme desea ponerse en contacto con usted para proporcionar información adicional sobre nuestros productos y programas de asistencia financiera o ponerse en contacto con usted para llevar a cabo una investigación de mercado. Debe ser mayor de dieciocho (18) años para inscribirse. Su información no se venderá a terceros, pero se podrá proporcionar a las autoridades regulatorias si fuera necesario. Autorizo a Sanofi Genzyme a ponerse en contacto conmigo por correo postal, correo electrónico, fax y/o teléfono, incluidos llamadas y mensajes de texto (se pueden aplicar cargos por los datos y los mensajes) efectuados mediante el marcado telefónico automático (marcador automático) o una voz grabada previamente, a los números de teléfono proporcionados en mi formulario de inscripción para proporcionarme la información solicitada y otra información y servicios o programas relacionados que ofrece o patrocina Sanofi Genzyme o los patrocinadores u otros temas de interés. Entiendo que no tengo obligación de proporcionar este consentimiento como condición de adquisición de artículos, bienes o servicios de Sanofi Genzyme y que puedo participar en los Programas si no firmo esta autorización de comercialización opcional. Mis datos personales se procesarán y almacenarán en bases de datos electrónicas controladas por Sanofi Genzyme o en su nombre. Para obtener más información sobre cómo se utiliza su información o si decide dejar de recibir información sobre los productos y servicios de Sanofi Genzyme, envíe una carta a Sanofi Genzyme, RBD Patient Services, 50 Binney Street, 3rd Floor, Cambridge, MA 02142.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: (OBLIGATORIO PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS)

(FIRMA) (Nombre en letra de imprenta) FECHA: _____

