

El Programa CareASSIST de ayuda al paciente ofrece apoyo personalizado a pacientes elegibles a los que se les haya recetado los siguientes medicamentos de Sanofi. Los formularios completados se pueden enviar por fax, correspondencia o en línea en SanofiCareASSIST.com. ¿Tiene preguntas? Hable con uno de nuestros administradores de casos de atención marcando el 1-833-WE+CARE.

**Selección del tratamiento:**  ELITEK® (rasburicase)  JEVTANA® (cabazitaxel), en inyección  SARCLISA® (isatuximab-irfc)

### Sección 1 Apoyo solicitado (marque todas las opciones que correspondan)

- |                                                            |                                                                                                     |                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> <b>Acceso y reembolso</b>            | <input type="radio"/> <b>Asistencia financiera</b>                                                  | <input type="radio"/> <b>Apoyo de recursos</b>                                                      |
| <input type="radio"/> Asistencia de autorización previa    | <input type="radio"/> Programa de copago de CareASSIST                                              | Conexión de los pacientes a los recursos que puedan necesitar para apoyar su proceso de tratamiento |
| <input type="radio"/> Asistencia para reclamos/apelaciones | <input type="radio"/> Programa de ayuda al paciente (Patient Assistance Program, PAP) de CareASSIST |                                                                                                     |

### Sección 2 Información para el paciente

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del hogar	<input type="radio"/> Teléfono preferido	¿Está bien dejar un mensaje detallado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Correo electrónico
Teléfono celular	<input type="radio"/> Teléfono preferido	¿Está bien dejar un mensaje detallado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Idioma preferido del paciente (si no es inglés)				

#### Información de contacto alternativo/cuidador (opcional)

Primer nombre	Apellido	Nº Teléfono <input type="radio"/> Inicio
Relación con el paciente	Correo electrónico	<input type="radio"/> Teléfono celular
El paciente da su consentimiento para que el programa se comunice con el cuidador <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

#### Consentimiento y certificación del paciente

(véase la Sección 8 en la página 3)

He leído y acepto las certificaciones y el consentimiento del paciente incluidos en la Sección 8.

**FIRME AQUI**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante legal      Fecha

#### Autorización del paciente (véase la Sección 9 en la página 4)

He leído y acepto la autorización del paciente incluida en la Sección 9.

**FIRME AQUI**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante legal      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre/relación con el paciente, si corresponde (en letra de imprenta)

- He leído el consentimiento para mensajería de texto en la Sección 8 y acepto expresamente recibir mensajes de texto de parte de CareASSIST o en su nombre.

### Sección 3 Información del seguro

¿El paciente está asegurado? <input type="radio"/> Sí (proporcione la información del seguro) <input type="radio"/> No (pase a la siguiente sección)	
Nombre del seguro principal	Nombre del seguro secundario
Nº de póliza	Nº de póliza
Nombre del titular de la póliza	Nombre del titular de la póliza
Relación con el paciente	Relación con el paciente
Nº del teléfono del seguro	Nº del teléfono del seguro
Nº de grupo	Nº de grupo

### Sección 4 Información del hogar del paciente (solo se requiere si se ha elegido la casilla del programa de ayuda al paciente (PAP) de CareASSIST)

Nº total de personas en el hogar
Ingresos anuales de la unidad familiar, en \$

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

### Sección 5 Información del médico prescriptor

Nombre del médico	Tipo de médico prescriptor	Estado en el que se concedió la licencia	
Nº de licencia del estado	Nº de NPI	Nº de identificación fiscal	
Nombre del médico (si es diferente del médico prescriptor)	Estado en el que se concedió la licencia	Nº de licencia del estado	
Nombre del centro	Tipo de centro	<input type="radio"/> Oficina/clínica del médico prescriptor	<input type="radio"/> Hospitalario ambulatorio <input type="radio"/> Hospitalario
Dirección del centro	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del contacto principal	Cargo/función		
Nº de teléfono principal	Nº de fax principal	Correo electrónico principal	

### Sección 6 Información de medicamentos

La sección Códigos de diagnóstico ICD-10 debe completarse antes de la presentación del formulario.

6a		6b Información de medicamentos recetados		
Producto	Códigos de diagnóstico ICD-10	Dosis	Cantidad (cant. de dosis)	Cant. de reposiciones
<input type="radio"/> ELITEK® (rasburicase)*	Escriba en código _____	Administre _____ mg como una infusión IV todos los días a lo largo de 30 minutos durante un período de hasta 5 días	___/5 (5 máx)	N/C
<input type="radio"/> JEVTANA® (cabazitaxel), en inyección*	Escriba en código _____	Administre _____ mg como una infusión IV a lo largo de 1 hora cada 3 semanas	___/1 (1 máx)	___ resurtidos de PRN durante un año
<input type="radio"/> SARCLISA® (isatuximab-irfc)*	Escriba en código _____	Administre _____ mg como una infusión IV conforme a las velocidades especificadas en la sección 2.5 de la Información de prescripción completa	___/2 (2 máx)	___ resurtidos de PRN durante un año

(PARA SARCLISA) Si se obtiene a través de una farmacia especializada, compruebe qué prescripción comercial de farmacia especializada se envió a:

- CVS Specialty  Medicamentos biológicos

Tratamientos previos (Incluya fechas de inicio/finalización)

\*Vea la Información de prescripción completa, incluidos los recuadros de ADVERTENCIA. Se puede acceder a la Información de prescripción completa de EE. UU. Para todos los productos respaldados por Sanofi CareASSIST en [www.sanofi.us/en/products-and-resources/prescription-products](http://www.sanofi.us/en/products-and-resources/prescription-products).

El prescriptor debe cumplir con los requisitos de prescripción específicos de su estado, tales como prescripción electrónica, formulario de prescripción específico del estado, idioma del fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado podría resultar en una sanción al prescriptor.

### Sección 7 Firma y declaración del prescriptor (tenga en cuenta que las firmas del prescriptor no se pueden estampar)

FIRME AQUÍ	Firma del prescriptor (obligatorio, sin sellos)		
	Nombre en letra de imprenta	Fecha	

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

## Sección 7 Declaración del prescriptor (continuación de la página 2)

Mi firma en la página 2 certifica que la persona mencionada en este formulario es mi paciente, la información proporcionada en esta aplicación es completa y precisa según mi leal saber y tender, y que el medicamento recibido sin cargo alguno de Sanofi Cares North America para el Programa CareASSIST de ayuda al paciente en respuesta a esta solicitud, si alguno, es exclusivamente para el paciente nombrado en este formulario. Certifico que he obtenido la autorización escrita de mi paciente en conformidad con las leyes estatales y federales correspondientes, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 y sus regulaciones de implementación, para ofrecer la información médica que puede identificarle como individuo en este formulario a CareASSIST para fines de investigación de la cobertura de seguro médico de mi paciente para la medicación de la Sección 6, evaluar su elegibilidad para los programas de apoyo financiero ofrecidos a través de CareASSIST y comunicarse con el paciente para fines de educación sobre el programa. Mi criterio profesional expresa que la medicación seleccionada en la Sección 6 es necesaria desde el punto de vista médico para el paciente mencionado en este formulario. Por el presente documento, certifico que no se ofrecerá ninguno de los medicamentos recibidos sin cargo alguno en virtud del Programa CareASSIST de ayuda al paciente para su venta, comercialización o trueque y que no se enviará ninguna reclamación de reembolso a Medicare, Medicaid o ningún otro tercero pagador en concepto de la medicación recibida sin costo alguno en virtud del Programa CareASSIST de ayuda al paciente. Acepto que Sanofi y sus afiliados y agentes se comuniquen conmigo por fax, teléfono, correspondencia o correo electrónico para confirmar la recepción de este medicamento y/o para proporcionar más información sobre este medicamento o el Programa CareASSIST. Entiendo que Sanofi puede revisar, cambiar o terminar cualquiera de los servicios del programa en cualquier momento sin avisarme previamente.

## Sección 8 Certificaciones y consentimiento del paciente

Por el presente documento autorizo a Sanofi y a sus afiliados y agentes a ofrecerme los servicios en virtud del Programa CareASSIST de ayuda al paciente, tal como se ha descrito en este formulario y según se pueda complementar en el futuro. Dichos servicios pueden incluir: Determinar si califico para inscribirme o recibir servicios del Programa CareASSIST, incluido servicios de acceso y ayuda para reembolso, programas de ayuda al paciente y servicios de recursos; investigar mis beneficios de cobertura de seguro médico; proporcionar información sobre autorizaciones previas y apelaciones de reclamos denegados de cobertura/reembolso; derivación o determinación de mi elegibilidad para otros programas y/o recursos alternativos de financiación; y proporcionarme información sobre otros servicios de apoyo independientes que podrían estar disponibles para mí (conjuntamente, los "Servicios").

Si me inscribo en el Programa CareASSIST de ayuda al paciente, que ofrece medicamentos gratis a los pacientes elegibles de Sanofi Cares North America, certifico que la cantidad de personas en mi hogar y mis ingresos familiares proporcionados en el paso de verificación de ingresos son ciertos y precisos, según mi más leal saber y entender. Para calificar para el Programa CareASSIST de ayuda al paciente, entiendo que debo cumplir determinados requisitos de ingresos y otros requisitos de elegibilidad. Además, entiendo que estoy autorizando a Sanofi y a sus afiliados y agentes en virtud de la Ley de Notificación de Crédito Justo para usar mi fecha de nacimiento y/o información demográfica adicional con el fin de acceder y obtener información de mi perfil de crédito personal, así como para usar la información derivada de recursos públicos o de otro tipo, para calcular mis ingresos conjuntamente con el proceso de determinación de la elegibilidad. La continuación en el programa es condicional a la verificación oportuna de los ingresos. Si se solicita, acepto proporcionar a CareASSIST comprobante de los ingresos en los treinta (30) días siguientes de la petición. Acepto informar inmediatamente a CareASSIST y a mi médico/proveedor de atención médica si cambia mi estado de ingresos o seguro durante mi participación en el Programa CareASSIST de ayuda al paciente.

Si me inscribo en el Programa de copagos CareASSIST, acepto mi inscripción en dicho programa si se confirma mi elegibilidad. Entiendo que la información sobre copago se enviará a mi médico o a la farmacia especializada designada y cualquier asistencia y cualquier participación de costos aplicable para cada uno de los medicamentos seleccionados por mi prescriptor se hará en conformidad con los términos y las condiciones del Programa.

Autorizo a Sanofi y a sus afiliados y agentes a comunicarse conmigo por correspondencia, teléfono (incluidas las llamadas realizadas con un sistema de marcación telefónica automático o voz pregrabada), o correo electrónico con información sobre CareASSIST, los productos de Sanofi, mi enfermedad, promociones, servicios y estudios de investigación de mercado y encuestas relacionadas con la enfermedad. Entiendo que Sanofi puede comunicarse conmigo en el caso de que notifique un acontecimiento adverso. Entiendo que variará la frecuencia de estos mensajes.

Entiendo y confirmo que las comunicaciones transmitidas mediante correo electrónico sin codificar o mediante una red abierta pueden ser inherentemente inseguras y no hay garantía de confidencialidad de la información comunicada de este modo. Entiendo que no tengo que inscribirme en CareASSIST o recibir las comunicaciones descritas anteriormente (las "Comunicaciones") y que todavía puedo recibir los productos de Sanofi según lo prescrito por mi médico. Puedo cancelar la recepción de Comunicaciones y/o Servicios individuales, incluido el Programa CareASSIST de ayuda al paciente o cancelar el programa CareASSIST en su totalidad en cualquier momento notificándolo por teléfono a un representante de CareASSIST al **1-833-WE+CARE** (1-833-930-2273) o enviando una carta a CareASSIST, 450 Water St., 3rd Floor, Cambridge, MA 02141. Entiendo además que los Servicios se pueden revisar, cambiar o terminar en cualquier momento.

### Consentimiento para mensajería de texto:

Confirmando que al marcar la casilla de consentimiento para mensajes de texto en la página 1, consiento expresamente la recepción de mensajes de texto o llamadas automáticas de Sanofi o en nombre de Sanofi en el número de teléfono celular que proporcione.

Confirmando que soy el suscriptor del número de teléfono celular proporcionado y acepto notificar de inmediato a Sanofi si cualquiera de mi(s) número(s) cambian en el futuro. Entiendo que podrían aplicar tarifas de datos y mensajería de mi proveedor de servicio inalámbrico para cualquier mensaje de texto que reciba de Sanofi o en nombre de Sanofi en el número de teléfono celular que proporcione. Entiendo que puedo cancelar la recepción de futuros mensajes de texto en cualquier momento. Para cancelar la recepción de textos, entiendo que debo enviar la palabra "STOP" al 833-930-2575.

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

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

## Sección 9 Autorización del paciente para divulgar información

Autorizo a mis proveedores de atención médica y personal; a mi aseguradora médica, plan de salud o programas que me brinden beneficios de atención médica (conjuntamente, "Aseguradores médicos"); y a cualquier farmacia especializada que dispense mi medicación para que divulgue a Sanofi y a sus afiliados y agentes, información médica sobre mí, incluida la información relacionada con el paciente proporcionada en este formulario y relacionada con mi afección médica, tratamiento con las terapias recetadas de Sanofi, cobertura de seguro médico, reclamos, prescripciones y derivación e inscripción en el Programa CareASSIST de ayuda al paciente y el Programa de copagos (conjuntamente, "Mi información"). Mis proveedores de atención médica, aseguradoras médicas, farmacias especializadas y Sanofi (incluidos sus agentes y afiliados) pueden usar y divulgar mi información para fines de proporcionar determinados servicios de apoyo, incluido: determinar si califico para inscribirme o recibir servicios del Programa CareASSIST, incluido servicios de acceso y ayuda para reembolso, programas de ayuda financiera al paciente y servicios de recursos; para la operación y administración del Programa CareASSIST; investigar mis beneficios de cobertura de seguro médico; ayudar con el estado de las apelaciones de los reclamos denegados de cobertura/reembolso; derivación o determinación de mi elegibilidad para otros programas y/o recursos alternativos de financiación, tales como Medicaid, intercambios de atención médica, Medigap, programas estatales de ayuda farmacéutica (SPAP) y fundaciones caritativas que podrían estar disponibles para ayudarme con los costos de mis medicamentos.

Autorizo además a Sanofi y a sus afiliados y agentes a anonimizar mi información médica y usarla en la realización de investigaciones, educación, analítica empresarial y estudios de marketing o para otros fines comerciales, incluido la vinculación con otra información anonimizada que Sanofi pueda recibir de otras fuentes.

Entiendo que Sanofi y sus afiliados y agentes pueden compartir mi información, incluida la información médica identificable, entre ellos mismos para anonimizarla para estos fines y según sea necesario para la prestación de los Servicios o para enviar las comunicaciones.

Entiendo y acepto que Sanofi y sus afiliados y agentes pueden usar mi información para estos fines y pueden compartir mi información con mis médicos, farmacias especializadas y aseguradores médicos.

Entiendo y acepto que mis proveedores de atención médica, aseguradores médicos y farmacias especializadas pueden ser remunerados por Sanofi a cambio de divulgar mi información a Sanofi y/o proporcionarme servicios de apoyo en relación con el Programa CareASSIST.

Una vez que se haya divulgado mi información a Sanofi, entiendo que es posible que las leyes federales de privacidad ya no protejan su divulgación ulterior. Sin embargo, Sanofi acepta proteger mi información usándola y divulgándola solo para los fines autorizados en esta autorización o según exija la ley.

Entiendo que es posible que tenga determinados derechos en virtud de las leyes de privacidad de datos aplicable respecto a mi información, incluido el derecho a acceder a la información que tenga Sanofi sobre mí. Para obtener más información sobre estos derechos, consulte la Política de privacidad global de Sanofi en [www.sanofi.com/en/our-responsibility/sanofi-global-privacy-policy](http://www.sanofi.com/en/our-responsibility/sanofi-global-privacy-policy). Entiendo que si rechazo firmar esta autorización, no podré participar en el Programa CareASSIST, pero esto no afectará a mi elegibilidad para obtener tratamiento médico, mi capacidad para buscar ayuda financiera de otros recursos o mi inscripción de seguro o elegibilidad para cobertura de seguro.

Además, entiendo que puedo retirar (remover) esta autorización en cualquier momento enviando por correspondencia o fax una petición por escrito a CareASSIST, 450 Water St., 3rd Floor, Cambridge, MA 02141; Fax: 1-855-411-9689. La retirada de esta autorización finalizará los usos y divulgaciones ulteriores de Mi información por las partes identificadas en esta autorización, salvo en la medida en que estos usos y divulgaciones se hayan realizado en relación con esta autorización antes de mi petición para retirar esta autorización.

Esta autorización vence 18 meses después contados desde la fecha del último soporte en virtud del Programa CareASSIST, sujeto a las leyes aplicables, salvo que yo lo retire antes. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización.

Complete y envíe por fax todas las páginas a CareASSIST al 1-855-411-9689  
o por correspondencia a 450 Water St., 3rd Floor, Cambridge, MA 02141.