

**Complete y envíe todas las páginas a CareASSIST de Sanofi Genzyme por fax o por correo postal a PO Box 220616, Charlotte, NC 28222.**

El Programa de apoyo al paciente CareASSIST ofrece apoyo de acceso para pacientes elegibles a los que se les recetan medicamentos de Sanofi Genzyme Oncology.

**Seleccione su tratamiento:** ELITEK® (rasburicasa) JEVTANA® (cabazitaxel) inyección SARCLISA® (isatuximab-irfc)

Algunas secciones deberán ser completadas por un proveedor de atención médica. Los formularios pueden enviarse por fax o correo, o pueden ser completados en línea por un proveedor de atención médica en [CareASSISTProviderPortal.com](http://CareASSISTProviderPortal.com) o [PatientSupportNow.org](http://PatientSupportNow.org) utilizando el código de CareASSIST: **8554119689**.

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

### Acceso y reembolso

- Asistencia de autorización previa
- Asistencia para reclamos/apelaciones

### Asistencia financiera

- Programa de copago de CareASSIST
- Programa de asistencia al paciente (*Patient Assistance Program, PAP*) de CareASSIST

### Apoyo de recursos

Comuníquese con CareASSIST para obtener más información.

## Sección 2 Información para el paciente

Nombre	IM	Apellido	Sexo	M	F	Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad		Estado	Código postal		
Teléfono del hogar	Teléfono preferido	¿Está bien si dejamos un mensaje detallado?	Sí	No	Correo electrónico	
Teléfono celular	Teléfono preferido	¿Está bien si dejamos un mensaje detallado?	Sí	No		

Idioma preferido del paciente (si no es español)

**He leído el Consentimiento para mensajes de texto en la Sección 8 y expresamente otorgo mi consentimiento para recibir mensajes de texto por parte de CareASSIST o en nombre de este.**

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

Nombre	Apellido	N.º de teléfono	Inicio
Relación con el paciente	Correo electrónico	Teléfono móvil	
¿El paciente da su consentimiento para que el programa se comunique con el cuidador?	Sí	No	

### Consentimiento y certificación del paciente

(consulte la Sección 8 en la página 3)

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

### Autorización del paciente (consulte 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

**FIRME AQUI**

Firma del paciente/representante legal

Fecha

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

### Para recibir información adicional, marque el círculo a continuación:

Acepto recibir información de comercialización, materiales educativos y de apoyo al tratamiento o encuestas relacionadas con mi afección médica o CareASSIST por correo postal, correo electrónico o teléfono.

## Sección 3 Información del seguro

¿El paciente está asegurado?	Sí (proporcione la información del seguro)	No (pase a la siguiente sección)
Nombre del seguro principal	Nombre del seguro secundario	
N.º de póliza	N.º de póliza	
Nombre del titular de la póliza	Nombre del titular de la póliza	
Relación con el paciente	Relación con el paciente	
N.º del teléfono del seguro	N.º del teléfono del seguro	
N.º de grupo	N.º de grupo	

## Sección 4 Información del hogar del paciente (solo se requiere si se elige el cuadro de apoyo Programa de asistencia al paciente [PAP] de CareASSIST)

N.º total de personas en el hogar
Ingresos familiares anuales \$

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	
N.º de matrícula del estado		N.º de NPI		N.º de identificación fiscal	
Nombre del médico (si es diferente del médico prescriptor)		Estado en el que se concedió la licencia		N.º de matrícula del estado	
Nombre del centro	Tipo de centro	Oficina/clínica del médico prescriptor	Hospitalario ambulatorio	Hospitalario	
Dirección del centro		Ciudad	Estado	Código postal	
Nombre del contacto principal		Cargo/función			
N.º de teléfono principal		N.º 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	Inscripción reciente o paciente anterior
ELITEK <sup>®</sup> (rasburicasa)*	Escriba en código _____	Administrar _____ mg como infusión intravenosa durante 30 minutos diarios durante un máximo de 5 días	___/5 (5 máx.)	N/C	Nuevo Antes
JEVTANA <sup>®</sup> (cabazitaxel) inyección*	Escriba en código _____	Administrar _____ mg como infusión intravenosa durante 1 hora cada 3 semanas	___/1 (1 máx.)	reposición de PRN por un año	Nuevo Antes
SARCLISA <sup>®</sup> (isatuximab-irfc)	Escriba en código _____	Administrar _____ mg como infusión intravenosa de acuerdo con las tasas especificadas en la Sección 2.5 de la Ficha técnica completa.	___/2 (2 máx.)	reposición de PRN por un año	Nuevo Antes

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

CVS Specialty

Biologics

**Tratamientos previos (incluir fechas de inicio/finalización)**

\*Consulte la Ficha técnica completa, incluido el recuadro de ADVERTENCIAS.

Se puede acceder a la información de prescripción completa de los EE. UU. para todos los productos respaldados por Sanofi Genzyme CareASSIST en [www.sanofi.us/en/products-and-resources/prescription-products](http://www.sanofi.us/en/products-and-resources/prescription-products).

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.

**Sección 7 Firma y declaración del médico prescriptor** (tenga en cuenta que las firmas del médico prescriptor no se pueden sellar)

**FIRME AQUÍ**

\_\_\_\_\_  
 Firma del médico prescriptor (obligatorio, sin sellos)                      Nombre, en letra de imprenta                      Fecha

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

## Sección 7 Declaración del médico prescriptor (continúa desde 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 solicitud está completa y es precisa a mi leal saber y entender, y el medicamento recibido sin cargo por parte del Programa de asistencia al paciente de CareASSIST en respuesta a esta solicitud, si corresponde, es exclusivamente para el paciente mencionado en este formulario. Certifico que he obtenido la autorización por escrito de mi paciente de conformidad con las leyes estatales y federales aplicables, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 y sus regulaciones de implementación, para proporcionar la información de salud de identificación individual en este formulario a CareASSIST con el fin de investigar la cobertura de seguro de salud de mi paciente para el medicamento en la Sección 6 y evaluar su elegibilidad para programas de apoyo financiero ofrecidos a través de CareASSIST. Según mi criterio profesional, el medicamento seleccionado en la Sección 6 es médicamente necesario para el paciente mencionado en este formulario. Por la presente certifico que no se ofrecerá ningún medicamento recibido de forma gratuita en virtud del Programa de asistencia al paciente CareASSIST para la venta, el comercio o el intercambio, y que no se presentará ningún reclamo de reembolso a Medicare, Medicaid o cualquier tercero pagador por medicamentos recibidos de forma gratuita en virtud del Programa de asistencia al paciente CareASSIST. Doy mi consentimiento para que Sanofi Genzyme, sus afiliados y agentes se comuniquen conmigo por fax, teléfono, correo postal o correo electrónico para confirmar la recepción de este medicamento o para proporcionar información adicional sobre este medicamento o CareASSIST. Entiendo que Sanofi Genzyme puede revisar, cambiar o dar por finalizado cualquier servicio del programa en cualquier momento sin previo aviso.

## Sección 8 Consentimiento del paciente y certificaciones

Por la presente autorizo a Sanofi Genzyme, sus afiliados y agentes a prestarme servicios en virtud del Programa de apoyo al paciente CareASSIST, según se describe en este formulario y según se pueda complementar en el futuro. Dichos servicios pueden incluir: determinar si soy elegible para inscribirme o recibir servicios de CareASSIST, servicios de asistencia para el acceso y reembolso, programas de asistencia al paciente, y servicios de recursos; investigar mis beneficios de cobertura de seguro de salud; proporcionar información sobre autorizaciones previas y apelaciones de reclamaciones rechazadas para cobertura/reembolso; remitirme a, o determinar mi elegibilidad para, otros programas o fuentes alternativas de financiamiento; y brindando información sobre otros servicios de apoyo independientes que pueden estar disponibles para mí (en conjunto, los "Servicios").

Si me inscribo en el Programa de asistencia al paciente CareASSIST, certifico que la cantidad de personas en mi hogar y los ingresos de mi hogar proporcionados en la Sección 4 de este formulario son verdaderos y precisos a mi leal saber y entender. Para reunir los requisitos para el Programa de asistencia al paciente CareASSIST, comprendo que debo cumplir con ciertos requisitos de ingresos y otros requisitos de elegibilidad. Además, comprendo que autorizo a Sanofi Genzyme, a sus afiliados y agentes en virtud de la Ley de Informes crediticios justos a usar mi fecha de nacimiento o información demográfica adicional para acceder y obtener información de mi perfil crediticio personal, así como también usar información derivada de fuentes públicas y de otras fuentes, para estimar mis ingresos junto con el proceso de determinación de elegibilidad. La continuación del programa está condicionada a la verificación oportuna de los ingresos. Si se me solicita, acepto proporcionar a CareASSIST prueba de ingresos en el plazo de treinta (30) días desde la solicitud. Acepto informar de inmediato a CareASSIST y a mi médico/proveedor de atención médica si mis ingresos o estado de seguro cambian durante el transcurso de mi participación en el Programa de asistencia al paciente de CareASSIST.

Si me inscribo en el Programa de copago de CareASSIST, acepto mi inscripción en dicho programa si se confirma que soy elegible. Comprendo que la información de copago se enviará a mi médico o a la farmacia de especialidad designada, y que cualquier asistencia con mi participación en los costos de copago aplicables para cada medicamento seleccionado en la Sección 6 se realizará de acuerdo con los términos y condiciones del Programa.

Autorizo a Sanofi Genzyme, a sus afiliados y agentes a comunicarse conmigo por correo postal, por teléfono (incluidas las llamadas realizadas con un sistema de marcado telefónico automático o una voz pregrabada) o por correo electrónico con información sobre CareASSIST, productos de Sanofi Genzyme, mi afección, promociones, servicios y estudios de investigación, y a pedir mi opinión sobre dicha información y temas, incluidas las encuestas relacionadas con la investigación de mercado y la enfermedad. Entiendo que Sanofi Genzyme podría contactarme en caso de que yo informe sobre un evento adverso. Comprendo que la frecuencia de estos mensajes variará. Comprendo y reconozco que las comunicaciones transmitidas a través de correo electrónico no cifrado o a través de una red abierta pueden ser intrínsecamente inseguras, y no hay garantía de confidencialidad para la información comunicada de esta manera.

Comprendo que no tengo que inscribirme en CareASSIST ni recibir las comunicaciones descritas anteriormente (las "Comunicaciones") y que aún puedo recibir los productos de Sanofi Genzyme según lo recetado por mi médico. Puedo optar por no recibir comunicaciones o servicios individuales, incluido el Programa de asistencia al paciente CareASSIST, o por no recibir ningún comunicado CareASSIST en cualquier momento notificando a un representante de CareASSIST por teléfono al **1-833-WE+CARE** (1-833-930-2273) o enviando una carta a CareASSIST, PO Box 220616, Charlotte, NC 28222. También comprendo que los Servicios pueden revisarse, cambiarse o finalizarse en cualquier momento.

### Consentimiento para mensajes de texto:

Reconozco que al marcar la casilla de Consentimiento para mensajes de texto en la página 1, otorgo expresamente mi consentimiento para recibir mensajes de texto de CareASSIST o en su nombre a los números de teléfono celular que proporciono.

Confirmando que soy el suscriptor de los números de teléfono celular proporcionados, y acepto notificar a CareASSIST de inmediato si alguno de mis números cambian en el futuro. Entiendo que pueden aplicarse las tarifas por mensajes y datos de mi proveedor de servicios inalámbricos. Entiendo que puedo dejar de recibir mensajes de texto futuros en cualquier momento; para ello debo enviar SMSSTOP en un mensaje de texto al 39771 desde mi teléfono móvil, y que puedo recibir ayuda para los mensajes de texto al enviar SMSHELP en un mensaje de texto al 39771. También comprendo que es posible que se me proporcionen términos y condiciones adicionales de mensajes de texto en el futuro como parte de un mensaje de texto de confirmación de aceptación.

Comprendo que no se requiere mi consentimiento como condición para comprar bienes o servicios de Sanofi US o sus afiliados.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

**Sección 9 Autorización del paciente para divulgar información**

Autorizo a proveedores de atención de la salud y al personal; mi aseguradora de salud, plan de salud, o programas que me proporcionen beneficios de atención de la salud (juntos, "Aseguradores de la salud"); y cualquier farmacia especializada que entregue mi medicamento para informar a Sanofi Genzyme, y sus afiliadas y agentes, información de salud sobre mí, incluida la información relacionada con el paciente proporcionada en este formulario y relacionada con mi afección médica, tratamiento con terapias recetadas de Sanofi Genzyme, cobertura de seguro de salud, reclamaciones, recetas, y derivación e inscripción en el Programa de apoyo al paciente y el Programa de copago de CareASSIST (juntos, "Mi información"). Mis proveedores de atención de la salud, las aseguradoras, las farmacias especializadas y Sanofi Genzyme (incluidos sus agentes y afiliados) podrían usar y divulgar Mi información para proporcionar ciertos servicios de apoyo, incluido:

- Determinar si soy elegible para inscribirme o recibir servicios de CareASSIST, incluidos los servicios de asistencia de acceso y reembolsos, los programas de asistencia financiera para pacientes y los servicios de recursos;
- para la operación y administración de CareASSIST;
- investigar mis beneficios de cobertura de seguro de salud;
- Ayudar con la autorización previa para la cobertura/el reembolso;
- Ayudar con el estado de las apelaciones de reclamaciones rechazadas para cobertura/reembolso; y
- remitirme a, o determinar la elegibilidad para, otros programas o fuentes alternativas de financiamiento, como Medicaid, intercambios de atención de la salud, Medigap, programas estatales de asistencia farmacéutica (state pharmaceutical assistance programs, SPAP) y fundaciones benéficas, que pueden estar disponibles para ayudarme con los costos de mis medicamentos.

Además, autorizo a Sanofi Genzyme, a sus afiliados y agentes a desidentificar mi información de salud 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 Genzyme pueda recibir de otras fuentes. Entiendo que Sanofi Genzyme, sus afiliados y agentes pueden compartir Mi información, incluida la información de salud identificable, entre ellos para anonimizarla con estos fines y según sea necesario para prestar los Servicios o enviar las Comunicaciones. Entiendo y acepto que Sanofi Genzyme y sus afiliadas y agentes pueden usar Mi información para estos fines y pueden compartir Mi información con mis médicos, farmacias especializadas y aseguradoras de salud.

Comprendo y acepto que mis proveedores de atención de la salud, aseguradoras y farmacias especializadas pueden recibir remuneración de Sanofi Genzyme a cambio de divulgar Mi información a Sanofi Genzyme o de proporcionarme servicios de apoyo en relación con CareASSIST.

Una vez que Mi información haya sido divulgada a Sanofi Genzyme, comprendo que es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad de una divulgación posterior. Sin embargo, Sanofi Genzyme acepta proteger Mi información usándola y divulgándola solo para los fines autorizados en esta autorización o según lo exija la ley.

Entiendo que podría tener ciertos derechos conforme a las leyes de privacidad de datos aplicables respecto a Mi información, incluido el derecho a acceder a Mi información en posesión de Sanofi Genzyme. Consulte más información sobre estos derechos en la Política de privacidad global de Sanofi Genzyme, 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 me niego a firmar esta autorización, no podré participar en CareASSIST, pero esto no afectará de ningún otro modo mi elegibilidad para obtener tratamiento médico, mi capacidad para buscar asistencia económica de otras fuentes ni mi inscripción en el seguro o mi elegibilidad para la cobertura de seguro.

Además, comprendo que puedo retirar (cancelar) esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por correo o fax a CareASSIST, PO Box 220616, Charlotte, NC 28222; Fax: 1-855-411-9689. El retiro de esta autorización finalizará los usos y las divulgaciones posteriores de Mi información por parte de las partes identificadas en esta autorización, excepto en la medida en que dichos usos y divulgaciones se hayan realizado en función de esta autorización antes de mi solicitud de retirar esta autorización.

Esta autorización vence 18 meses después de la fecha en que se brinde por última vez apoyo en virtud de cualquier programa de CareASSIST, sujeto a la ley aplicable, a menos que lo retire antes. Entiendo que puedo pedir una copia de esta autorización.