

Para llenar por el paciente

**Sección 1. Información del paciente**

Nombre del paciente (nombre, inicial del 2do. nombre, apellido) \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Núm. preferido  Correo de voz  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono móvil (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Núm. preferido  Correo de voz  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  He leído el Consentimiento de Mensaje de Texto en la Sección 9 y expreso mi  
Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_ Sexo  F  M aprobación para recibir mensajes de texto de o en nombre del Programa  
Idioma preferido del paciente (si no es inglés) \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Autorización del paciente**

He leído y estoy de acuerdo con la Autorización del Paciente para usar y divulgar información de salud incluida en la Sección 8

He leído y estoy de acuerdo con las Certificaciones del Paciente incluidas en la Sección 9

**Firma**

Firma del paciente/Representante legal \_\_\_\_\_ Fecha (mes/día/año) \_\_\_\_\_

**Firma**

Firma del paciente/Representante legal \_\_\_\_\_ Fecha (mes/día/año) \_\_\_\_\_

Si firma un representante legal:

Si firma un representante legal:

Escriba el nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Escriba el nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

**Sección 2. Información del seguro**

Sin seguro (Llene la Sección 7 si no posee seguro de salud.)

Por favor, incluya copias del frente y dorso de las tarjetas del médico primario y de las prescripciones.

Atención médica primaria nombre de la aseguradora \_\_\_\_\_

Prescripción primaria nombre de la aseguradora (si es diferente) \_\_\_\_\_

Teléfono de la aseguradora (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Incluye la tarjeta del seguro secundario

Número de identificación de la póliza \_\_\_\_\_

Rx teléfono de la aseguradora (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de Grupo \_\_\_\_\_

Número de identificación de la póliza \_\_\_\_\_

Nombre del portador de la póliza (nombre/apellido) \_\_\_\_\_

Número de Grupo \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Rx BIN # \_\_\_\_\_ Rx PCN # \_\_\_\_\_

**Sección 3. Información del médico**

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Nombre de la práctica/instalación \_\_\_\_\_  
Núm. NPI del médico \_\_\_\_\_ Núm. de identificación de impuesto del Grupo \_\_\_\_\_ Nombre contacto de la oficina \_\_\_\_\_  
Especialidad \_\_\_\_\_ Correo electrónico contacto oficina \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Sección 4. Diagnóstico**

Información clínica y de prescripción (Adjunte cualquier nota del expediente médico relevante a la terapia.)

**Dermatitis atópica moderada a severa**

Código(s) ICD-10-CM L20. \_\_\_\_\_ L20. \_\_\_\_\_ L20. \_\_\_\_\_ Años de diagnosticada \_\_\_\_\_

Diagnóstico primario  Diagnóstico secundario

Paciente tiene DA moderada a severa la cual no está adecuadamente controlada por una terapia tópica anterior o actual<sup>1</sup>

Severidad: ASC involucrada  menos de 10%  10% o más

Nombre de la herramienta de medición \_\_\_\_\_

Áreas sensibles afectadas (Marque todas las que apliquen.)  manos  pies

cara y cuello  genitales/ingle  cuero cabelludo  áreas intertriginosas

otra \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>DA moderada a severa es definida como un eritema moderado a severo y papulación/infiltración moderada a severa.<sup>1</sup>  
1. Futamura M et al. J Am Acad Dermatol. 2016;74(2):288-294.

**Asma moderada a severa con fenotipo eosinofílico o asma dependiente de corticosteroide oral**

Códigos(s) ICD-10-CM J45. \_\_\_\_\_ J45. \_\_\_\_\_ J45. \_\_\_\_\_ Años de diagnosticada \_\_\_\_\_

Diagnóstico primario  Diagnóstico secundario

Paciente tiene asma moderada a severa que requiere la adición de terapia de mantenimiento

Niveles de Eosinófilo (si está disponible) \_\_\_\_\_ cel/mcL Fecha de la prueba \_\_\_\_\_

Comorbilidades atópicas

Nivel IgE (si está disponible) \_\_\_\_\_ Fecha de la prueba \_\_\_\_\_

Número de exacerbaciones graves en los últimos 12 meses \_\_\_\_\_

Por favor, vea las indicaciones completas en la página siguiente.  
DA=dermatitis atópica (AD, por sus siglas en inglés); ASC=Área superficial del cuerpo (BSA, por sus siglas en inglés);  
ICD-10-CM=Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión, Modificación Clínica; IgE= inmunoglobulina E.

Ya he enviado esta prescripción a la farmacia especializada.

Al marcar esta casilla, acepto que DUPIXENT MyWay<sup>®</sup> no conducirá una verificación de beneficios. La farmacia especializada es responsable de asegurar cobertura a nombre de mi paciente.

**Sección 5. Información de la prescripción**

Mi farmacia especializada preferida es \_\_\_\_\_

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

Muestra de producto:  Ninguna muestra proporcionada  
 Muestra proporcionada en \_\_\_\_\_

**Dermatitis atópica moderada a severa**

Rx: DUPIXENT<sup>®</sup> (dupilumab) 300 mg/2 mL, jeringa precargada, paquete de 2

Dosis inicial (una vez):

600 mg INDICACIONES: 2 inyecciones subcutáneas el Día 1

Mantenimiento:

300 mg INDICACIONES: 1 inyección cada 2 semanas comenzando el Día 15

Cantidad: Paquete de 2 Resurtidos \_\_\_\_\_

Mantenimiento: Otro

Dosis \_\_\_\_\_ INDICACIONES: \_\_\_\_\_

Frecuencia \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Resurtidos \_\_\_\_\_

Alergias a medicamento conocidas: \_\_\_\_\_

**Asma moderada a severa con fenotipo eosinofílico o asma dependiente de corticosteroide oral**

Rx: DUPIXENT<sup>®</sup> (dupilumab), jeringa precargada, paquete de 2

Dosis inicial: 400 mg INDICACIONES: 2 inyecciones subcutáneas en el Día 1

Dosis de mantenimiento: 200 mg INDICACIONES: 1 inyección cada 2 semanas comenzando el Día 15

Cantidad: Paquete de 2 Resurtidos \_\_\_\_\_

Dosis inicial: 600 mg INDICACIONES: 2 inyecciones subcutáneas en el Día 1

Dosis de mantenimiento: 300 mg INDICACIONES: 1 inyección cada 2 semanas comenzando el Día 15

Cantidad: Paquete de 2 Resurtidos \_\_\_\_\_

Mantenimiento: Otro

Dosis \_\_\_\_\_ INDICACIONES: \_\_\_\_\_

Frecuencia \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Resurtidos \_\_\_\_\_

Alergias a medicamento conocidas: \_\_\_\_\_

**Firma**

Firma del médico (Sin sellos)  Despachar como se indica \_\_\_\_\_ Fecha (mes/día/año) \_\_\_\_\_

Nombre del médico colaborador \_\_\_\_\_ NPI # \_\_\_\_\_  
(Enfermera registrada/médico asistente)

MI FIRMA CERTIFICA QUE LA PERSONA NOMBRADA EN ESTE FORMULARIO ES MI PACIENTE; LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA APLICACIÓN, A MI SABER Y ENTENDER, ES COMPLETA Y EXACTA; Y QUE LA TERAPIA CON DUPIXENT ES MÉDICAMENTE NECESARIA. ENTENIENDO QUE LA INFORMACIÓN PROVISTA POR MI PACIENTE A REGENERON PHARMACEUTICALS, INC., SANOFI US, Y SUS AFILIADOS Y AGENTES (LA "ALIANZA") ES PARA EL USO DE DUPIXENT MyWay ÚNICAMENTE PARA VERIFICAR LA COBERTURA DE SEGURO DE MI PACIENTE; PARA VERIFICAR, SI APLICA, LA ELIGIBILIDAD DE MI PACIENTE Y OTROS PROGRAMAS DE APOYO; Y DE OTRA MANERA ADMINISTRAR DUPIXENT MyWay AL PACIENTE. SOLICITO A DUPIXENT MyWay CONDUCIR UNA INVESTIGACIÓN DE BENEFICIOS PARA MI PACIENTE Y AUTORIZAR A DUPIXENT MyWay A ACTUAR EN MI NOMBRE PARA EL PROPOSITO LIMITADO DE TRANSMITIR ESTA PRESCRIPCIÓN A LA FARMACIA APROPIADA DESIGNADA POR EL PACIENTE DE ACUERDO A SU PLAN DE BENEFICIOS. SI NO SE ASIGNA ESTA PRESCRIPCIÓN, DUPIXENT MyWay ESTÁ AUTORIZADA A TRANSMITIR ESTA PRESCRIPCIÓN A UNA FARMACIA DE LA RED QUE EL PAZIENTE HA INDICADO. ENTENIENDO QUE EL PRODUCTO GRATIS NO ESTÁ SUJETADO A NINGUNA OBLIGACIÓN DE COMPRA. TAMBIÉN ENTENIENDO QUE NINGUN PRODUCTO GRATUITO PUEDE SER ENTREGADO PARA OBTENER REEMBOLSO A CUALQUIER PAGADOS, INCLUYENDO MEDICARE Y MEDICAID; Y NINGUN PRODUCTO GRATUITO PUDIERA SER VENDIDO, CANJEADO O DISTRIBUIDO PARA LA VENTA. AUTORIZO A DUPIXENT MyWay QUE ME CONTACTE VÍA FAX, CORREO, O CORREO ELECTRÓNICO PARA PROPVEER INFORMACIÓN ADICIONAL ACERCA DE LA INYECCIÓN DE DUPIXENT O DUPIXENT MyWay. ESTOY DE ACUERDO CON QUE DUPIXENT MyWay PODRÍA REVISAR, CAMBIAR O FINALIZAR CUALQUIER PROGRAMA DE SERVICIOS EN CUALQUIER MOMENTO SIN NOTIFICARME.

SI USTED ES UN MÉDICO DE NUEVA YORK, POR FAVOR USE UN FORMULARIO ORIGINAL DE PRESCRIPCIÓN DEL ESTADO DE NUEVA YORK. EL MÉDICO DEBE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE PRESCRIPCIÓN ESPECÍFICOS DE SU ESTADO, COMO LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA, EL FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN ESPECÍFICO DEL ESTADO, EL IDIOMA DEL FAX, ETC. EL INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESPECÍFICOS DEL ESTADO PODRÍA SER UNA RAZÓN PARA COMUNICARSE CON EL MÉDICO.

Llene el formulario completo y envíe por fax **LAS 4 PÁGINAS** a DUPIXENT MyWay al 1-844-387-9370.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_

Número de NPI \_\_\_\_\_

**INDICACIONES**

**Dermatitis atópica:** DUPIXENT está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con dermatitis atópica moderada a severa cuya enfermedad no está controlada adecuadamente con terapias de prescripción tópica o cuando esas terapias no son recomendables. DUPIXENT puede ser usado con o sin corticosteroides tópicos.

**Asma:** DUPIXENT está indicado como un tratamiento de mantenimiento agregado en pacientes con asma moderada a severa mayores de 12 años con un fenotipo eosinofílico o con asma dependiente de corticosteroides orales. Limitación de uso: DUPIXENT no está indicado para el alivio de broncoespasmos agudos o estado asmático.

**Sección 6. Terapias actuales y anteriores**

**Dermatitis atópica moderada a severa**

Terapias tópicas	Duración
_____	_____ a _____
_____	_____ a _____

Las terapias tópicas no son apropiadas para este paciente  
 Razones \_\_\_\_\_

Corticosteroides sistémicos, inmunosupresores, y fototerapia	Duración
_____	_____ a _____
_____	_____ a _____
_____	_____ a _____

Los corticosteroides sistémicos no son apropiados para este paciente  
 Los inmunosupresores no son apropiados para este paciente  
 La fototerapia no es apropiada para este paciente  
 Razones \_\_\_\_\_

**Asma moderada a severa con fenotipo eosinofílico o asma dependiente de corticosteroide oral**

ICS sin LABA	Duración
_____	_____ a _____
_____	_____ a _____

Los corticosteroides inhalados (sin LABA) no son apropiados para este paciente  
 Razones \_\_\_\_\_

Corticosteroide oral o inyectable	Duración
_____	_____ a _____
_____	_____ a _____

Los corticosteroides orales o inyectables no son apropiados para este paciente  
 Razones \_\_\_\_\_

Terapia combinada (ICS/LABA)	Duración
_____	_____ a _____
_____	_____ a _____

La terapia combinada (ICS/LABA) no es apropiada para este paciente  
 Razones \_\_\_\_\_

Otros controladores (especifique)	Duración
_____	_____ a _____
_____	_____ a _____

Otros controladores no son apropiados para este paciente  
 Razones \_\_\_\_\_

ICS=corticosteroide inhalado; LABA=agonista beta de acción prolongada.

**Sección 7. Ingreso familiar**

Requerido si se inscribe en el Programa de Asistencia al Paciente de DUPIXENT MyWay®

¿Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el total anual de ingreso en su casa? \_\_\_\_\_

(Incluye sueldos/salarios, ingreso del Seguro Social, beneficios de seguro de desempleo, ingreso por discapacidad, cualquier otro ingreso para la casa.)

Yo acepto que Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US, y sus afiliados y agentes (juntos, la “Alianza”) podrían verificar mi elegibilidad para el Programa de Asistencia al Paciente de DUPIXENT MyWay, y entiendo que dicha verificación podría incluir contactarme o a mi proveedor de salud para obtener información adicional o revisar información financiera, de seguro o médica adicional. Autorizo a la Alianza a usar mi número de Seguro Social e información demográfica adicional para tener acceso a reportes de mi historia crediticia individual de agencias de reportes de consumidores. Entiendo, bajo petición, que la Alianza me informará cuando se haya solicitado un reporte individual de crédito, y el nombre y dirección de la agencia que lo proporcionó. También entiendo y autorizo a la Alianza a usar cualesquiera reportes de consumidores e información recopilada sobre mí, junto con otra información que obtengan de fuentes públicas o de otro tipo, para calcular mi ingreso junto con el proceso de determinación de elegibilidad del Programa de Asistencia al Paciente, si aplica.

Llene el formulario completo y envíe por fax **LAS 4 PÁGINAS** a DUPIXENT MyWay al 1-844-387-9370.



Nombre del paciente

Nombre del médico

Número de NPI

**Sección 8. Autorización para usar y divulgar información de salud**

**Por favor, lea lo siguiente cuidadosamente, luego ponga la fecha y firme donde se indica en la Sección 1 de la página 1**

Autorizo a mis proveedores de cuidados y al personal, mi asegurador de salud, plan de salud o programas que me provean beneficios de salud (juntos, "Aseguradoras de Salud"), y a cualquier farmacia especializada que dispense mi medicación a divulgar a Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US, y a sus afiliados y agentes (juntos, la "Alianza") mi información de salud, incluida información sobre mi condición médica y tratamiento, cobertura y reclamos del seguro de salud, y prescripción (incluyendo información de llenado y resurtido) relacionada con mi prescripción de la terapia con DUPIXENT® (dupilumab) ("Mi información"). Entiendo que la divulgación a la Alianza será con el propósito de inscribirme y brindar ciertos servicios a través del Programa DUPIXENT MyWay®, incluso:

- para determinar si cumplo con los requisitos para participar en programas de asistencia para cobertura de DUPIXENT MyWay, programas de asistencia para paciente
- para investigar la cobertura de mi seguro de salud para la inyección de DUPIXENT
- para obtener previa autorización para cobertura
- para asistir con apelaciones en reclamos denegados por cobertura
- para la operación y administración del Programa DUPIXENT MyWay
- para referirme a, o para determinar mi elegibilidad para, otros programas, fundaciones, o fuentes alternativas de financiamiento o cobertura que pudieran estar disponibles para proveerme asistencia con los costos de mi medicamento

Entiendo y acuerdo que mis proveedores de cuidados, aseguradoras de salud, y farmacia(s) especializada(s) pudieran recibir remuneración por parte de la Alianza a cambio de divulgar Mi Información a la Alianza y por proveerme con servicios de asistencia en conexión con el Programa DUPIXENT MyWay.

Una vez que Mi Información haya sido divulgada a la Alianza, entiendo que leyes federales de privacidad pudieran dejar de protegerla de futuras divulgaciones. Sin embargo, también entiendo que la Alianza protegerá Mi Información usándola y divulgándola solo para propósitos permitidos por mí en esta Autorización o de otra manera permitida por la ley.

Entiendo que no tengo que firmar esta Autorización. Mi decisión de no firmar esta Autorización no afectará mi capacidad para obtener tratamiento médico, cobertura de seguro, acceso a beneficios de salud o medicamentos de Alianza. Sin embargo, si no firmo esta Autorización, entiendo que no podré participar en el Programa DUPIXENT MyWay.

Entiendo que esta Autorización expira 18 meses a partir de la fecha en que se brindó soporte por última vez bajo el Programa, sujeto a la ley aplicable, a menos y hasta que retire (retracte) esta Autorización antes de esa fecha, o según lo requiera la ley. Además, entiendo que pudiera retirar esta Autorización en cualquier momento a través de una petición escrita enviada por correo o fax a DUPIXENT MyWay en 1800 Innovation Point, Fort Mill, SC 29715; Fax: 1-844-387-9370. El retiro de esta Autorización terminará mi participación en el Programa DUPIXENT MyWay y no afectará ninguna divulgación de Mi Información basada en esta Autorización hecha antes de que mi solicitud sea recibida y procesada por mis proveedores de cuidados y el personal, mi Aseguradoras de Salud, y mi(s) farmacia(s) especializada(s).

Entiendo que puedo solicitar una copia de esta Autorización.

Llene el formulario completo y envíe por fax **LAS 4 PÁGINAS** a DUPIXENT MyWay al 1-844-387-9370.

**SANOFI GENZYME**  **REGENERON**

Por favor [haga clic aquí](#) para obtener información de prescripción completa.

US-DUP-1118a

**DUPIXENT**   
(dupilumab)

Nombre del paciente

Nombre del médico

Número de NPI

### Sección 9. Certificaciones del Paciente

**Por favor, lea lo siguiente cuidadosamente, luego ponga la fecha y firme donde se indica en la Sección 1 de la página 1**

Me estoy inscribiendo en el Programa **DUPIXENT MyWay**<sup>®</sup> (el “Programa”) y autorizo a Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US, y a sus afiliados y agentes (juntos la “Alianza”) a proveerme servicios bajo el Programa, como están descritos en el Formulario de Inscripción al Programa y como sea agregado en el futuro. Tales servicios incluyen medicación y comunicaciones y soporte de adherencia, soporte de suministro de medicamentos, apoyo de cobertura y asistencia financiera, educación sobre enfermedades y medicamentos, capacitación sobre inyecciones y otros servicios de apoyo (los “Servicios”).

Estoy de acuerdo con mi inscripción en el Programa de Tarjeta de Copago de **DUPIXENT MyWay** si se confirma como apto, entiendo que la información de la Tarjeta de Copago será enviada a mi farmacia especializada designada junto con mi prescripción, y cualquier ayuda con mi costo compartido o copago aplicable para la inyección de **DUPIXENT**<sup>®</sup> (dupilumab) se realizará de acuerdo con los términos y condiciones del Programa.

Al completar la Sección 7, confirmo mi acuerdo con las condiciones establecidas en la Sección 7, y certifico que el ingreso de mi hogar es verdadero y exacto a mi leal saber y entender. Autorizo a la Alianza a contactarme por correo, teléfono o correo electrónico, o si indico mi acuerdo y consentimiento en la página 1, por texto,<sup>a</sup> con información sobre el Programa, estado de la enfermedad y productos, promociones, servicios y estudios de investigación, y para pedir mi opinión sobre dicha información y temas, incluida la investigación de mercado y las encuestas relacionadas con enfermedades. Además, autorizo a la Alianza para que remueva la identificación de mi información de salud y la utilice en la realización de investigaciones, incluido el enlace con otra información no identificada que la Alianza recibe de otras fuentes, educación, análisis de negocios, estudios de marketing o para otros fines comerciales. Entiendo que los miembros de la Alianza podrían compartir la información de salud identificable entre ellos para así poder eliminarle la identificación para estos propósitos y como sea necesitada para realizar los Servicios o para enviar las comunicaciones mencionadas arriba (las “Comunicaciones”). Entiendo y acuerdo que la Alianza podría usar mi información de salud para estos propósitos y podría compartir mi información de salud con mis doctores, farmacias especializadas, y aseguradoras. Entiendo que la Alianza me podría ser contactar en el caso de reportar algún evento adverso.

Entiendo que no tengo que inscribirme en el Programa o recibir las Comunicaciones, y que aún así puedo recibir la inyección de **DUPIXENT**, como la prescribió mi médico. Puedo optar por no recibir las Comunicaciones, los servicios de asistencia individual ofrecidos por el Programa, incluida la Tarjeta de Copago de **DUPIXENT MyWay**, u optar por salir totalmente del Programa en cualquier momento notificando al representante del Programa por teléfono al 1-844-387-4936 o enviando una carta a **DUPIXENT MyWay**, 1800 Innovation Point, Fort Mill, SC 29715. También entiendo que los Servicios pueden ser revisados, cambiados o finalizados en cualquier momento.

La continuación en el Programa de Asistencia al Paciente de **DUPIXENT MyWay** está condicionada a la verificación oportuna del ingreso. Además, acuerdo notificar a **DUPIXENT MyWay** si la situación con mi seguro cambia.

#### Consentimiento de mensajes de texto:

<sup>a</sup>Reconozco que al marcar la casilla de Consentimiento de mensajes de texto en la página 1, doy mi consentimiento expreso para recibir mensajes de texto de o en nombre del Programa a los números de teléfono móvil que proporciono.

Confirmando que soy un suscriptor del (de los) número(s) de teléfono móvil que he proporcionado, y acuerdo a notificar a la Alianza con prontitud si alguno de mis números cambia en el futuro. Entiendo que las tarifas de mensajes y datos de mi proveedor de servicio inalámbrico pueden aplicar. Entiendo que puedo optar por no recibir mensajes de texto en el futuro en cualquier momento texteadando SMSSTOP al 39771 desde mi teléfono móvil, y que puedo obtener ayuda por mensajes de texto texteadando SMSHELP al 39771. También entiendo que me pueden proporcionar términos y condiciones adicionales de mensajes de texto en el futuro como parte de un mensaje de texto de confirmación de aceptación. Pueden aplicar tarifas por mensajes y datos. Entiendo que mi consentimiento no se requiere como una condición para la compra de cualesquiera bienes o servicios de Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US, o sus afiliados.

Usted puede guardar una copia de este formulario para sus archivos.

Llene el formulario completo y envíe por fax **LAS 4 PÁGINAS** a **DUPIXENT MyWay** al **1-844-387-9370**.

**SANOI GENZYME**  **REGENERON**

Por favor **haga clic aquí** para obtener información de prescripción completa.

© 2018 Sanofi and Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados. 10/2018 US-DUP-1118a

**DUPIXENT**<sup>®</sup>   
(dupilumab)