



Para que llene el paciente

Sección 1. Información del paciente

Nombre del paciente (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo F M
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono celular (_____) _____ Núm. preferido Correo de voz
Teléfono alterno (_____) _____ Núm. preferido Correo de voz
Correo electrónico _____
Idioma preferido del paciente (si no es el inglés) _____

Autorización del paciente

He leído el Consentimiento de mensajes de texto en la Sección 9 y acepto expresamente recibir mensajes de texto del Programa o a nombre de este

He leído y acepto la Autorización del paciente para usar y divulgar información sobre salud incluida en la Sección 8

He leído y acepto las Certificaciones del paciente incluidas en la Sección 9

Firmar

Firma del paciente/representante legal _____ Fecha _____
Nombre, en letra de molde _____ Relación con el paciente _____

Firmar

Firma del paciente/representante legal _____ Fecha _____
Nombre, en letra de molde _____ Relación con el paciente _____

Sección 2. Información del seguro

Sin seguro (Llene la Sección 7 si no tiene seguro médico.)

Sírvase adjuntar copias del anverso y reverso de las tarjetas de seguro médico primario y de receta.

Nombre del seguro médico primario _____
Teléfono del seguro médico (_____) _____
Núm. de identificación de la póliza _____ Núm. de grupo _____
Nombre del titular de la póliza (nombre/apellido) _____
Relación con el paciente: _____

Nombre del seguro médico primario de la receta (si es diferente) _____
 Se adjunta la tarjeta del seguro médico secundario
Número de teléfono del seguro médico de la receta (_____) _____
Núm. de identificación de la póliza _____ Núm. de grupo _____
Núm. de BIN de la receta _____ Núm. de PCN de la receta _____

Sección 3. Información del médico que emite la receta

Nombre del médico que emite la receta _____
Núm. de NPI del médico que emite la receta _____
Núm. de identificación contributiva del grupo _____
Especialidad _____
Dirección: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del centro/establecimiento _____
Nombre de la persona de contacto en el consultorio _____
Correo electrónico de la persona de contacto en el consultorio _____
Teléfono (_____) _____
Fax (_____) _____

Sección 4. Diagnóstico (completar UN diagnóstico solamente)

Información clínica y sobre la receta (Sírvase adjuntar todas las notas del historial clínico relevantes para la terapia.)

Asma de moderada a grave con fenotipo eosinofílico o asma dependiente de corticosteroides orales

Código(s) ICD-10-CM J45.____ J45.____ Fecha del diagnóstico _____
Consulte la lista de posibles códigos ICD-10-CM en la última página Primario Secundario
 El paciente tiene asma de moderada a grave con un fenotipo eosinofílico:
Niveles de eosinófilo (si están disponibles) _____ células/mcl
Fecha de la prueba _____
 El paciente tiene asma de moderada a grave con asma dependiente de corticosteroides orales
¿FEV₁ <80 % (adultos) o <90 % (de 12 a 17 años) con administración previa de un broncodilatador? Sí No
 Comorbilidades atópicas (especificar) _____
Cantidad de exacerbaciones graves en los últimos 12 meses _____

Rinosinusitis crónica con poliposis nasal

Código(s) ICD-10-CM J33.____ J33.____ Fecha del diagnóstico _____
Consulte la lista de posibles códigos ICD-10-CM en la última página
 Primario Secundario
Diagnóstico confirmado por Endoscopia Tomografía computarizada
El paciente se sometió a cirugía sinusal anteriormente Sí No
Si la respuesta es sí, indicar
Fecha(s) y tipo(s) de cirugía sinusal _____
 Comorbilidades atópicas (especificar) _____

Consulte las indicaciones completas en la página siguiente. TC = tomografía computarizada; FEV₁ = volumen espiratorio forzado en 1 segundo; ICD-10-CM=Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión, Modificación Clínica.

Sección 5. Información sobre la receta

Mi farmacia especializada preferida es _____
Teléfono (_____) _____ Fax (_____) _____
Muestra de producto: No se proporcionó ninguna muestra Muestra proporcionada el _____

Ya he enviado esta receta a la farmacia especializada. Al marcar el encasillado, reconozco que **DUPIXENT MyWay®** no llevará a cabo una verificación de beneficios. La farmacia especializada es responsable de asegurar la cobertura a nombre de mi paciente.

Asma de moderada a grave con fenotipo eosinofílico o asma dependiente de corticosteroides orales

Receta: DUPIXENT® (dupilumab), jeringuilla precargada, paquete de 2 unidades

Dosis inicial: 400 mg/2.28 ml SIG: 2 inyecciones por vía subcutánea el Día 1
 Dosis de mantenimiento: 200 mg/1.14 ml SIG: 1 inyección cada 2 semanas, comenzando el Día 15
Cant.: paquete de 2 unidades Repeticiones _____

Dosis inicial: 600 mg/4 ml SIG: 2 inyecciones por vía subcutánea el Día 1
 Dosis de mantenimiento: 300 mg/2 ml SIG: 1 inyección cada 2 semanas, comenzando el Día 15
Cant.: paquete de 2 unidades Repeticiones _____

Mantenimiento: Otra Dosis _____ SIG: _____
Frecuencia _____ Cant. _____ Repeticiones _____
Alergias conocidas a medicamentos: _____

Rinosinusitis crónica con poliposis nasal

Receta: DUPIXENT® (dupilumab), jeringuilla precargada, paquete de 2 unidades

Dosis: 300 mg/2 ml SIG: 1 inyección cada 2 semanas
Cant.: Paquete de 2 unidades Repeticiones _____

Otra Dosis _____ SIG: _____
Frecuencia _____ Cant. _____ Repeticiones _____
Alergias conocidas a medicamentos: _____

Firmar

Firma del médico que emite la receta (sin sellos) **Dispensar como está escrito** Fecha _____

Firmar

Firma del médico que emite la receta (sin sellos) **Se permite sustitución** Fecha _____

Nombre del médico colaborador _____ Núm. de NPI _____
(Enfermero especializado/Auxiliar médico)

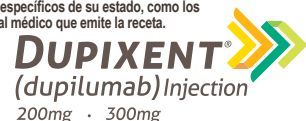
MI FIRMA CERTIFICA QUE LA PERSONA NOMBRADA EN ESTE FORMULARIO ES MI PACIENTE, QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA SOLICITUD, A MI LEAL SABER Y ENTENDER, ES COMPLETA Y EXACTA, Y QUE LA TERAPIA CON DUPIXENT ES MÉDICAMENTE NECESARIA. COMPREENDO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR MI PACIENTE A REGENERON PHARMACEUTICALS, INC., SANOFI US, Y SUS FILIALES Y AGENTES (LA "ALIANZA") ES PARA USO DE DUPIXENT MYWAY ÚNICAMENTE PARA VERIFICAR LA COBERTURA DEL SEGURO DE MI PACIENTE; PARA EVALUAR, SEGÚN CORRESPONDA, LA ELEGIBILIDAD DE MI PACIENTE PARA RECIBIR ASISTENCIA AL PACIENTE Y DEMÁS PROGRAMAS DE AYUDA, Y DE OTRO MODO, ADMINISTRAR DUPIXENT MYWAY AL PACIENTE. SOLICITO QUE DUPIXENT MYWAY LLEVE A CABO UNA INVESTIGACIÓN DE BENEFICIOS PARA MI PACIENTE Y AUTORIZO A DUPIXENT MYWAY A ACTUAR A MI NOMBRE PARA LOS FINES LIMITADOS DE TRANSMITIR ESTA RECETA A LA FARMACIA APROPIADA DESIGNADA POR EL PACIENTE SEGÚN SU PLAN DE BENEFICIOS SIEMPRE Y CUANDO QUE, SI NO SE DESIGNA ESTA RECETA DE TAL MANERA, DUPIXENT MYWAY ESTÁ AUTORIZADA A TRANSMITIR ESTA RECETA A UNA FARMACIA DE LA RED QUE ESTA SELECCIÓN O A LA FARMACIA INDICADA DE OTRO MODO. COMPREENDO QUE EL PRODUCTO GRATUITO NO ESTÁ SUJETO A OBLIGACIÓN DE COMPRA. TAMBIÉN COMPREENDO QUE NINGÚN PRODUCTO GRATUITO PUEDE ENVIARSE PARA SU REEMBOLSO A NINGÚN PAGADOR, ENTRE ELLOS MEDICARE Y MEDICAID, Y QUE NINGÚN PRODUCTO GRATUITO SE PUEDE VENDER, INTERCAMBIAR NI DISTRIBUIR PARA SU VENTA. OTORGÓ MI CONSENTIMIENTO PARA QUE DUPIXENT MYWAY SE COMUNIQUE CONMIGO POR FAX, CORREO POSTAL O ELECTRÓNICO PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN ADICIONAL ACERCA DE LA INYECCIÓN DUPIXENT O DE DUPIXENT MYWAY Y PARA QUE DUPIXENT MYWAY REVISÉ, CAMBIE O DÉ POR FINALIZADO CUALQUIER PROGRAMA DE SERVICIOS EN CUALQUIER MOMENTO SIN PREVIO AVISO.

SI USTED ES UN MÉDICO QUE EMITE RECETAS EN NUEVA YORK, SÍRVASE USAR UN FORMULARIO DE RECETAS ORIGINAL DEL ESTADO DE NUEVA YORK. EL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA DEBE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS PARA RECETAR ESPECÍFICOS DE SU ESTADO, COMO LOS REFERENTES A RECETAS ELECTRÓNICAS, FORMULARIO DE RECETAS ESPECÍFICO DEL ESTADO, LENGUAJE A UTILIZAR EN EL FAX, ETC. EL INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESPECÍFICOS DEL ESTADO PODRÍA DAR LUGAR A QUE SE CONTACTE AL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA.

Haga clic en **español** o **inglés** para ver la Información de prescripción completa.

US-DUP-1265a

Complete todo el formulario y envíe por fax **las primeras 4 PÁGINAS** a DUPIXENT MyWay al **1-844-387-9370**.





Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del médico que emite la receta

Núm. de NPI

INDICACIONES

Asma: DUPIXENT® (dupilumab) está indicado como un tratamiento de mantenimiento complementario en pacientes con asma de moderada a grave mayores de 12 años con un fenotipo eosinofílico o con asma dependiente de corticosteroides orales.

Limitaciones de uso: DUPIXENT no está indicado para el alivio de broncoespasmos agudos o del estado asmático.

Rinosinusitis crónica con poliposis nasal (Chronic rhinosinusitis with nasal polyposis, CRSwNP): DUPIXENT está indicado como un tratamiento de mantenimiento complementario en pacientes adultos con CRSwNP que no está controlada adecuadamente.

Sección 6. Tratamientos previos y actuales



Asma de moderada a grave con fenotipo eosinofílico o asma dependiente de corticosteroides orales

CIs, corticosteroides por vía oral o inyectables, terapia combinada (CIs/ABAP), otros controladores	Duración
_____	_____ a _____
_____	_____ a _____
_____	_____ a _____
_____	_____ a _____
_____	_____ a _____
_____	_____ a _____
_____	_____ a _____

Indique las terapias que no son adecuadas para este paciente

- CIs
- Corticosteroides orales o inyectables
- Terapia combinada (CIs/ABAP)
- Otros controladores

Fundamentos _____

CIs = corticosteroides inhalados; ABAP = agonistas beta de acción prolongada.



Rinosinusitis crónica con poliposis nasal

Corticosteroides orales, corticosteroides intranasales	Duración
_____	_____ a _____
_____	_____ a _____
_____	_____ a _____
_____	_____ a _____

Indique las terapias que no son adecuadas para este paciente

- Corticosteroides orales
- Corticosteroides intranasales
- Otros _____

Fundamentos _____

Cirugías previas	Fecha
_____	_____
_____	_____

- El paciente no es un candidato para la cirugía

Fundamentos _____

Para que lo llene el médico que emite la receta

Para que lo llene el paciente

Sección 7. Ingreso familiar

Requerido si se inscribe en el programa de asistencia al paciente DUPIXENT MyWay®

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

¿Cuál es el ingreso anual total del grupo familiar? _____

(Incluye sueldos/salarios, ingreso del Seguro Social, beneficios de seguro de desempleo, ingreso por incapacidad, cualquier otro ingreso familiar.)

Acepto que Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US, y sus afiliadas y agentes (en conjunto, la "Alianza") puedan verificar mi elegibilidad para participar en el Programa de Asistencia al Paciente DUPIXENT MyWay y comprendo que dicha verificación puede incluir comunicarse conmigo o con mi proveedor de atención médica con el fin de recabar información adicional o para revisar información financiera, del seguro o médica adicional. Autorizo a la Alianza a usar mi número de seguro social o mi información demográfica adicional para obtener acceso a informes sobre mi historial de crédito personal por parte de agencias de crédito. Comprendo que, si lo solicito, la Alianza me informará si se solicitó un informe de crédito del consumidor, así como el nombre y la dirección de la agencia que lo proporcionó. Además, comprendo y autorizo a la Alianza a usar cualquier informe de crédito del consumidor sobre mí, así como información obtenida de parte mía, junto con otra información que se obtenga de fuentes públicas y de otro tipo para calcular mis ingresos conjuntamente con el proceso de determinación de elegibilidad para participar en el Programa de Asistencia al Paciente, si corresponde. Además, comprendo que ningún producto gratuito puede enviarse para su reembolso a ningún pagador, entre ellos Medicare y Medicaid, y que ningún producto gratuito puede venderse, intercambiarse o distribuirse para su venta.



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del médico que emite la receta

Núm. de NPI

Sección 8. Autorización para usar y divulgar información médica

Lea detenidamente lo siguiente; luego, feche y firme donde se indica en la Sección 1 en la página 1

Autorizo a mis proveedores de atención médica y a su personal, a mi compañía de seguro médico, a mi plan de salud o a los programas que me brinden beneficios de atención médica (en conjunto, "Seguros médicos") y a cualquier farmacia especializada que dispense mi medicamento a divulgar a Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US y sus afiliadas y agentes (en conjunto, la "Alianza") mi información médica, incluida la información relacionada con mi condición y tratamiento, mi cobertura de seguro médico y mis reclamaciones, y mi receta (incluida la información de surtido/repetición), relacionada con mi receta para la terapia con DUPIXENT® (dupilumab) ("Mi información"). Comprendo que la divulgación a la Alianza será con el fin de inscribirme y proporcionarme determinados servicios a través del "Programa DUPIXENT MyWay®", que incluyen:

- determinar si soy elegible para participar en los programas de asistencia de cobertura de DUPIXENT MyWay, en los programas de asistencia al paciente o en otros programas de apoyo
- investigar si mi seguro médico cubre la inyección DUPIXENT
- obtener autorización previa para la cobertura
- ayudar con las apelaciones de denegación de reclamaciones de cobertura
- el funcionamiento y la administración del Programa DUPIXENT MyWay
- referirme o determinar mi elegibilidad para otros programas, fundaciones o fuentes alternas de financiamiento o de cobertura que puedan estar disponibles para ayudarme con los costos de mi medicamento

Autorizo y acepto que los empleados a nivel de campo de la Alianza puedan tener acceso a Mi información a fin de ayudar a la Alianza a proporcionar servicios de apoyo en relación con el Programa DUPIXENT MyWay. Comprendo y acepto que mis proveedores de atención médica, Aseguradoras médicas y farmacia(s) especializada(s) pueden recibir una remuneración de parte de la Alianza a cambio de la divulgación de Mi información a la Alianza o por proporcionarme servicios de apoyo en relación con el Programa DUPIXENT MyWay. Comprendo que una vez que Mi información se haya divulgado a la Alianza, es posible que las leyes federales de privacidad ya no la protejan de su divulgación posterior. Sin embargo, también comprendo que la Alianza protegerá Mi información ya que la usará y la divulgará solamente para los fines permitidos por mí en esta autorización o según lo permitido por la ley.

Comprendo que no estoy obligado a firmar esta autorización. Mi decisión de no firmar esta autorización no afectará mi capacidad para obtener tratamiento médico, cobertura de seguro, acceso a beneficios para la salud o medicamentos de la Alianza. Sin embargo, si no firmo esta autorización, comprendo que no podré participar en el Programa DUPIXENT MyWay.

Comprendo que esta autorización vence a los 18 meses de la fecha en que se me proporcione apoyo por última vez en virtud del Programa, o cuando la ley local de mi estado exija su vencimiento, sujeto a la ley aplicable, a menos que retire (revoque) esta autorización antes de ese momento o hasta tanto así lo haga, o que de otra manera así lo exija la ley. Además, comprendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento enviando por correo postal o por fax una solicitud por escrito a DUPIXENT MyWay en 1800 Innovation Point, Fort Mill, SC 29715; fax: 1-844-387-9370. El retiro de esta autorización dará por terminada mi participación en el Programa DUPIXENT MyWay y no afectará ninguna divulgación de Mi información con base en esta autorización que se haya realizado antes de que mi solicitud haya sido recibida y procesada por mis proveedores de atención médica y su personal, mis Aseguradoras médicas y mi(s) farmacia(s) especializada(s).

Comprendo que puedo solicitar una copia de esta autorización.



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del médico que emite la receta

Núm. de NPI

Sección 9. Certificaciones del paciente

Lea detenidamente lo siguiente; luego, feche y firme donde se indica en la Sección 1 en la página 1

Al inscribirme en el Programa *DUPIXENT MyWay*[®] (el "Programa"), autorizo a Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US, y sus afiliadas y agentes (en conjunto, la "Alianza") a proporcionarme servicios en virtud del Programa, tal como se describen en este Formulario de inscripción al programa y según se agreguen en el futuro. Estos servicios incluyen comunicaciones y apoyo sobre el medicamento y el cumplimiento del tratamiento, apoyo para que me dispensen el medicamento, apoyo con la cobertura y ayuda financiera, información sobre la enfermedad y el medicamento, instrucción para aplicar la inyección y otros servicios de apoyo (los "Servicios").

Acepto inscribirme en el Programa de la Tarjeta de Copago de *DUPIXENT MyWay*, si se confirma que soy elegible, y comprendo que la información de la tarjeta de copago se le enviará a mi farmacia especializada designada junto con mi receta y que cualquier ayuda con respecto a mi participación en los costos o al copago de la inyección *DUPIXENT*[®] (dupilumab) que me correspondan se me proporcionará de conformidad con los términos y condiciones del Programa.

Si completo la Sección 7, confirmo aceptar las condiciones establecidas en la Sección 7 y certifico que el ingreso de mi grupo familiar mencionado es real y exacto a mi leal saber y entender. Autorizo a la Alianza a comunicarse conmigo por correo postal, teléfono o correo electrónico, o, si indico mi aceptación y consentimiento en la página 1, por mensajes de texto,^a para proporcionarme información sobre el Programa, sobre el estado de la enfermedad, y sobre productos, promociones, servicios y estudios de investigación, y a solicitar mi opinión acerca de dicha información y dichos temas, incluso en investigaciones de mercado y encuestas relacionadas con enfermedades. También autorizo a la Alianza a anonimizar mi información médica y a usarla para la realización de investigaciones, incluso vincularla con otra información anonimizada que la Alianza reciba de otras fuentes, con fines educativos, en análisis de negocios, en estudios de mercadeo o con otros fines comerciales. Comprendo que los miembros de la Alianza pueden compartir información médica identificable entre sí con el fin de anonimizarla para estos propósitos y, según sea necesario, para prestar los Servicios o para enviar las comunicaciones mencionadas anteriormente (las "Comunicaciones"). Comprendo y acepto que la Alianza puede usar mi información médica para estos propósitos y puede compartir mi información médica con mis médicos, farmacias especializadas y compañías aseguradoras. Comprendo que la Alianza puede comunicarse conmigo en el caso de que informe un evento adverso.

Comprendo que no estoy obligado a inscribirme en el Programa ni a recibir las Comunicaciones y que, aun así, puedo recibir la inyección *DUPIXENT* tal como la receté mi médico. Puedo optar por dejar de recibir las Comunicaciones, los servicios de apoyo individual ofrecidos por el Programa, incluida la tarjeta de copago de *DUPIXENT MyWay*, u optar por abandonar el Programa por completo en cualquier momento notificando a un 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 comprendo que se pueden revisar, modificar o dar por finalizados los Servicios en cualquier momento.

La continuación en el Programa de Asistencia al Paciente *DUPIXENT MyWay* está condicionada a la verificación de ingresos a tiempo. Además, acepto notificar a *DUPIXENT MyWay* si mi situación de seguro médico cambia.

Consentimiento para mensajes de texto:

^aReconozco que al marcar el encasillado de Consentimiento para mensajes de texto en la página 1, otorgo expresamente mi consentimiento para recibir mensajes de texto de parte del Programa o a nombre de este en el (los) número(s) de teléfono celular que he proporcionado.

Confirmando que soy el abonado del (de los) número(s) de teléfono celular proporcionado(s) y acepto informar a la Alianza de inmediato si alguno de mis números de celular cambia en el futuro. Comprendo que es posible que se apliquen las tarifas de transmisión de datos y de mensajería de texto de mi proveedor de servicios de telefonía celular. Comprendo que puedo optar por dejar de recibir mensajes de texto en el futuro en cualquier momento enviando SMSSTOP al 39771 desde mi teléfono celular y que puedo obtener ayuda sobre los mensajes de texto enviando SMSHELP al 39771. También comprendo que es posible que se me proporcionen términos y condiciones de mensajería de texto adicionales en el futuro como parte de un mensaje de texto de confirmación de aceptación. Pueden aplicarse tarifas de datos y mensajes.

Comprendo que no se requiere mi consentimiento como condición de compra de ningún producto o servicio de Regeneron Pharmaceuticals, Inc., de Sanofi US o de sus afiliadas.

Puede conservar una copia de este formulario para sus registros.

Complete todo el formulario y envíe por fax las primeras 4 PÁGINAS a *DUPIXENT MyWay* al 1-844-387-9370.

SANOFI GENZYME  **REGENERON**

Haga clic en [español](#) o [inglés](#) para ver la Información de prescripción completa.

© 2019 Sanofi y Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados. 06/2019 US-DUP-1265a

DUPIXENT[®] 
(dupilumab) Injection
200mg • 300mg



Asma de moderada a grave con fenotipo eosinofílico o asma dependiente de corticosteroides orales

- **J45.4** (asma persistente moderada)
- **J45.40** (asma persistente moderada, sin complicaciones)
- **J45.41** (asma persistente moderada con exacerbación [aguda])
- **J45.5** (asma persistente grave)
- **J45.50** (asma persistente grave, sin complicaciones)
- **J45.51** (asma persistente grave con exacerbación [aguda])
- **J45.9** (otros tipos de asma y asma no especificada)
- **J45.90** (asma no especificada)
- **J45.901** (asma no especificada con exacerbación [aguda])



Rinosinusitis crónica con poliposis nasal

- **J33** (pólipo nasal)
- **J33.0** (pólipo de la cavidad nasal)
- **J33.1** (degeneración polipoide de seno paranasal)
- **J33.8** (otros pólipos de los senos paranasales)
- **J33.9** (pólipo nasal, no especificado)

Esta información de codificación se proporciona solo con fines informativos y está sujeta a cambios. Estos códigos pueden no aplicarse a todos los pacientes o a todos los planes de salud. Los proveedores deben usar su criterio independiente al seleccionar los códigos y presentar reclamaciones que reflejen con precisión los diagnósticos de un paciente específico.