

Sanofi Patient Connection® es un programa (el “Programa”) que lo ayuda a conectarse con los medicamentos y recursos que necesita sin costo alguno. Patient Assistance Connection (Conexión de asistencia para pacientes) es parte del programa que proporciona ciertos medicamentos recetados y vacunas de Sanofi sin costo a los pacientes que cumplen con ciertos requisitos de elegibilidad. La Conexión de asistencia para pacientes es posible gracias a Sanofi Cares North America.

## ¿Quién puede ser elegible para Patient Assistance Connection?

Para ser elegible para esta parte del Programa, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Debe ser ciudadano o residente de EE. UU. o de los territorios de los EE. UU. y estar bajo la atención de un proveedor de atención médica con licencia, autorizado para recetar, entregar y administrar medicamentos en EE. UU.
- No debe tener cobertura de seguro ni tener acceso al producto o tratamiento recetado a través de su seguro.
- Ingreso familiar anual  $\leq 400\%$  del nivel de pobreza federal vigente. Si parece ser elegible para Medicaid, se podría requerir que proporcione documentación de la denegación de Medicaid antes de evaluarlo para la elegibilidad de asistencia para pacientes.
- Si está inscrito en Medicare Parte D, además de los criterios mencionados anteriormente, también debe gastar al menos el 2% de su ingreso familiar anual en medicamentos recetados cubiertos por su plan Parte D en el transcurso del año calendario actual.
- Para las vacunas, usted debe tener 19 años de edad o más (excepto para la vacuna antirrábica IMOVAX® y la vacuna antirrábica-HT IMOGAM®).

## ¿Cómo presento una solicitud?

Complete la página 2, firme la página 3, y luego lleve el formulario a su proveedor de atención médica para que complete y firme la página 4. **Cualquier información faltante podría retrasar el procesamiento de su solicitud.** Envíe por correo o por fax su solicitud completa a:



**Servicio postal de los EE. UU.**  
Sanofi Patient Connection  
PO Box 222138  
Charlotte, Carolina del Norte 28222-2138



**Fax**  
1.888.847.1797



**Secure Provider Portal**  
[www.visitspconline.com](http://www.visitspconline.com)

## ¿Cuál es el siguiente paso?

Al recibir su solicitud, la revisaremos para ver si califica para Patient Assistance Connection.

En caso de ser elegible:

1. Usted y su proveedor de atención médica recibirán una carta que notifica su inscripción.
2. Estará inscrito por 12 meses. Si es paciente de Medicare Parte D, estará inscrito hasta fin del año calendario.
3. Se le enviarán sus medicamentos directamente al consultorio de su proveedor de atención médica en aproximadamente 5 a 7 días hábiles a partir de la fecha de su aprobación.

Si no califica para Patient Assistance Connection, le enviaremos a usted y a su proveedor de atención médica una carta con la razón de la denegación.

**No incluya las Historias clínicas del paciente con esta solicitud.**

### 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

|                                                                                                                                                                                        |                                                            |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Nombre                                                                                                                                                                                 | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Teléfono                        |
| Segundo nombre                                                                                                                                                                         | FDN                                                        | Dirección de correo electrónico |
| Apellido                                                                                                                                                                               | SSN                                                        | Lengua materna                  |
| Dirección                                                                                                                                                                              |                                                            |                                 |
| Ciudad                                                                                                                                                                                 | Estado                                                     | Código postal                   |
| Tamaño del hogar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otro: | Ingreso familiar anual                                     |                                 |
| <i>Permito que Sanofi Patient Connection hable con la persona u organización siguiente acerca de la información de esta solicitud y el estado de mi solicitud.</i>                     |                                                            |                                 |
| <b>Nombre de la organización o representante del paciente</b>                                                                                                                          | <b>Relación con el paciente</b>                            | <b>Teléfono</b>                 |
|                                                                                                                                                                                        |                                                            |                                 |

### 2. INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PACIENTE

|                                                                        |                                                                                                        |               |              |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| ¿Tiene seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso de responder Sí, ¿es Medicare Parte D? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |               |              |
| Seguro principal                                                       | Seguro secundario                                                                                      |               |              |
| N.º de póliza                                                          | N.º de grupo                                                                                           | N.º de póliza | N.º de grupo |
| Nombre del titular de la póliza                                        | Nombre del titular de la póliza                                                                        |               |              |
| FDN                                                                    | FDN                                                                                                    |               |              |
| Teléfono del seguro                                                    | Teléfono del seguro                                                                                    |               |              |

### 3. CONEXIÓN DE RECURSOS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>¿Quiere que el Programa lo ayude a identificar los recursos provistos por otras organizaciones?<br/> <b>Tenga en cuenta lo siguiente: Recibirá otra llamada de un asociado del programa con la información de contacto para los recursos útiles marcados en su solicitud.</b></p> | <input type="checkbox"/> Sí (SE REQUIERE LA FIRMA DEL PACIENTE PARA LA AUTORIZACIÓN EN LA SECCIÓN 4)<br><input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta es Sí, marque cuáles recursos que le interesarían, si están disponibles:                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Servicios de apoyo clínico <input type="checkbox"/> Información sobre transporte <input type="checkbox"/> Insumos de salud <input type="checkbox"/> Suplementos nutricionales (tienda de comestibles, bancos de alimentos, etc.)                            |                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Servicios de atención domiciliaria (refugio, servicios públicos, etc.) <input type="checkbox"/> Otros (por favor, detalle):                                                                                                                                 |                                                                                                                                     |

**No incluya las Historias clínicas del paciente con esta solicitud.**

#### 4. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE (OBLIGATORIA)

**Lea lo siguiente con atención, luego feche y firme donde se indica a continuación.**

**Verificación de ingresos:** Sanofi Patient Connection y sus agentes terceros autorizados usarán mi fecha de nacimiento o número del seguro social, o información demográfica adicional, según sea necesario, para tener acceso a mi información de crédito e información derivada de fuentes públicas y otras para estimar mi ingreso en relación con el proceso de determinación de elegibilidad. Como consulta de crédito, esta opción no afectará mi calificación de crédito. Sanofi Patient Connection y sus agentes terceros autorizados se reservan el derecho a solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento.

Declaro que la información y los documentos proporcionados en conexión con esta solicitud son completos y exactos. Acepto informar de inmediato a un representante del Programa y a mi médico/proveedor de atención médica si mis ingresos o estado de seguro cambian durante mi participación en este Programa.

**Consentimiento de la HIPAA:** Autorizo a mis proveedores de atención médica y personal, mi aseguradora de salud y los programas que me proveen beneficios de salud (en conjunto, "Aseguradores de salud") a divulgar a, Sanofi US, sus empresas asociadas (es decir, Sanofi Pasteur U.S y Genzyme, a Sanofi Company), Sanofi Cares North America, y agentes autorizados involucrados en la administración de este Programa, (en conjunto, "Patrocinador del programa"), información médica sobre mi persona, incluida la información relacionada con mi afección médica, tratamiento, cobertura de aseguradora de salud, reclamos, recetas, y referencia a e inscripción a este Programa a fines de determinar mi participación en, y la administración de, el Programa, que puede incluir comunicarse conmigo así como con mi médico/proveedor de atención médica, personal del consultorio/hospital, aseguradora (pública/privada) u otros. Entiendo que un representante de Sanofi podría contactarme para el seguimiento de eventos adversos que se puedan reportar relacionados a un producto de Sanofi. Autorizo y otorgo mi consentimiento para la divulgación de información que permita identificarme, lo que incluye información y registros médicos, financieros y de seguro, según se requiera para la participación en el Programa. Entiendo que la información que permita identificarme será confidencial y no se usará ni se divulgará, salvo para administrar el Programa o como lo requiera la ley. Entiendo que la información cuya divulgación autorizo podría divulgarse nuevamente y ya no contar con la protección de las normas federales de privacidad. Acepto que esta autorización es voluntaria y que me puedo rehusar a firmar esta autorización. La renuencia a firmarla no afectará mi capacidad para obtener tratamiento; pero no podré participar en este Programa. A menos que la revoque, esta autorización se mantendrá en efecto durante toda mi participación en el Programa, lo que incluye la presentación de una nueva solicitud posterior, según se requiera. Puedo retirar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito dirigida a mi médico/proveedor de atención médica; pero el retiro de la autorización dará por terminada mi participación en este Programa y no afectará la información que ya se haya divulgado conforme a esta Autorización.

Entiendo que es mi responsabilidad dar seguimiento con el médico que me hace la receta o con el Programa para asegurarme de que mis órdenes de resurtido, según sea apropiado, se envíen oportunamente a efecto de que no me quede sin medicamento. Entiendo que Sanofi US y Sanofi Cares North America se reservan el derecho, en cualquier momento y sin previo aviso, a modificar o cambiar los criterios de elegibilidad, o modificar o interrumpir este Programa.

|                                                       |  |                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Autorización del paciente (OBLIGATORIA)</b>        |  | <input type="checkbox"/> He leído y estoy de acuerdo con la Autorización del paciente para usar y divulgar la información médica mencionada anteriormente. |
| <b>Firma del paciente/representante (OBLIGATORIA)</b> |  |                                                                                                                                                            |
| <b>Nombre, en letra de imprenta</b>                   |  | <b>Fecha</b>                                                                                                                                               |
|                                                       |  |                                                                                                                                                            |

#### 5. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

**Lea lo siguiente con atención, luego feche y firme donde se indica a continuación.**

Autorizo al Programa a contactarse conmigo por correo, teléfono o correo electrónico, con información acerca del Programa, el estado de la enfermedad y productos, promociones, servicios y estudios de investigación, y a solicitar mi opinión acerca de dicha información y temas, incluidas investigaciones de mercado y encuestas relacionadas con la enfermedad. También autorizo al Programa a convertir mi información médica en datos anónimos y a usarla para realizar investigaciones, incluidos vínculos con otra información anónima que reciba el Programa de otras fuentes, educación, análisis comercial, estudios de comercialización o para otros fines comerciales. Comprendo que los miembros del Programa podrán compartir la información médica identificable entre sí para convertirla en anónima para los estos fines y según sea necesario para llevar a cabo los Servicios o enviar las comunicaciones que se mencionan arriba (las "Comunicaciones"). Comprendo y acepto que el Programa podrá usar mi información médica para estos fines y podrá compartir mi información médica con mis médicos, farmacias especializadas y aseguradoras. Comprendo que el Programa podrá ponerse en contacto conmigo si informé un evento adverso.

Comprendo que no estoy obligado a inscribirme para recibir las Comunicaciones, y que aun así puedo recibir asistencia para pacientes a través del Programa, según la indicación de mi médico. Puedo pedir que me excluyan del envío de las Comunicaciones ofrecidas por el Programa, en cualquier momento, notificando a un representante del Programa por teléfono al 1-800-633-1610 o enviando una carta por correo a Sanofi US Customer Services, P.O. Box 5925 Mailstop 55A-220A5, Bridgewater, NJ 08807-5925. También comprendo que se podrán revisar, modificar o dar por concluidos los Servicios en cualquier momento.

|                                         |  |                                                                                                                   |
|-----------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Certificación del paciente</b>       |  | <input type="checkbox"/> He leído y estoy de acuerdo con el Consentimiento del paciente mencionado anteriormente. |
| <b>Firma del paciente/representante</b> |  |                                                                                                                   |
| <b>Nombre, en letra de imprenta</b>     |  | <b>Fecha</b>                                                                                                      |
|                                         |  |                                                                                                                   |

**No incluya las Historias clínicas del paciente con esta solicitud.**

## 6. PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Marque todas las que apliquen

- Asistencia para pacientes**  
 Se requiere firma del paciente, del médico que receta y del Programa de medicamentos sin costo
- Verificación de beneficios (BV) y Asistencia para pacientes** (si no se identifica cobertura, se requiere la firma del médico que receta y del paciente)
- Solo BV**

## 7. TRATAMIENTO E INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN

|                                                                                              |                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre del paciente</b>                                                                   | <b>FDN</b>                                                                                   |
| <b>Medicamento n.º 1</b>                                                                     | <b>Medicamento n.º 2</b>                                                                     |
| <b>Código de la CIE-10</b>                                                                   | <b>Código de la CIE-10</b>                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Viales <input type="checkbox"/> Plumas <input type="checkbox"/> N/C | <input type="checkbox"/> Viales <input type="checkbox"/> Plumas <input type="checkbox"/> N/C |
| Dosis                                                                                        | Dosis                                                                                        |
| Sig (por ejemplo, una vez al día, dos veces al día)                                          | Sig (por ejemplo, una vez al día, dos veces al día)                                          |
| Cant.                                                                                        | Cant.                                                                                        |
| Días de suministro                                                                           | Días de suministro                                                                           |

## 8. INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA

|                                    |                     |                             |                             |
|------------------------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Nombre del médico que receta       |                     |                             | Estado donde tiene licencia |
| N.º de licencia                    | N.º de NPI          | N.º de ID del impuesto      | N.º de DEA                  |
| Nombre de la institución           |                     |                             |                             |
| Dirección de la institución*       |                     |                             |                             |
| Ciudad                             | Estado              | Código postal               |                             |
| Nombre de contacto del consultorio |                     | Título/Cargo                |                             |
| N.º de teléfono primario           | N.º de fax primario | Correo electrónico primario |                             |

*El producto de Sanofi se debe enviar a la dirección, firmada o autorizada por el médico que receta, del consultorio u hospital del médico que receta, no a un tercero.*

*Certifico que la información proporcionada está actualizada y completa, y que es exacta, a mi leal saber y entender. Certifico que el producto de Sanofi es médicamente necesario para este paciente y que estoy autorizado por la ley estatal para recetar y entregar el medicamento solicitado. Certifico que he obtenido de mi paciente toda autorización escrita necesaria para divulgar la identificación personal e información médica y de seguro de mi paciente a Sanofi US o a Sanofi Cares North America, y a sus agentes y representantes. Entiendo que toda información proporcionada es para uso exclusivo del Programa en la verificación de la cobertura de seguro de mi paciente, con el fin de evaluar, si es aplicable, la elegibilidad del paciente para la participación en el Programa de Asistencia para pacientes y, por lo demás, para administrar el Programa Sanofi Patient Connection [Conexión para Pacientes de Sanofi] y servicios relacionados. Entiendo que no estoy obligado a recetar ningún producto de Sanofi y que no he recibido ni recibiré ningún beneficio de Sanofi ni de sus agentes o representantes por recetar un producto de Sanofi. La dirección de la institución mencionada arriba, en la Sección 8, es la dirección de mi consultorio u hospital. Mi firma certifica que los productos recetados que se reciban de este Programa se usarán solo para el paciente mencionado arriba y no se revenderán ni se ofrecerán a la venta, comercio o trueque, no se devolverán para crédito, y no se buscará pago alguno de ningún pagador, paciente u otra fuente por productos recibidos del Programa.*

Firma del médico que receta (OBLIGATORIA - no se permiten la firma con sello)

FIRME  
AQUÍ

|                                     |              |
|-------------------------------------|--------------|
| <b>Nombre, en letra de imprenta</b> | <b>Fecha</b> |
|                                     |              |

**No incluya las Historias clínicas del paciente con esta solicitud.**

## 9. SELECCIÓN DEL PRODUCTO

- Adacel® (toxoides tetánico, toxoides diftérico reducido y vacuna acelular adsorbida contra la tos ferina)
- ADMELOG® (inyección de insulina lispro) 100 unidades/ml
- Adlyxin® (lixisenatida) en inyección
- Apidra® (insulina glulisina en inyección)
- Imogam® Rabia-inmunoglobulina HT [humana] USP, tratada con calor
- Imovax® Vacuna antirrábica [células diploides humanas]
- Lantus® (inyección de insulina glargina) de 100 unidades/mL
- Lovenox® (inyección de enoxaparina sódica)\*<sup>1</sup>
- Menactra® Vacuna polisacárida meningocócica (contra los serotipos A, C, Y y W-135) combinada con toxoide diftérico
- Multaq® (dronedarona) en comprimidos\*
- Pentacel® (Vacuna conjugada anti-Haemophilus influenzae tipo b y anti-poliovirus, inactivado y absorbido, más toxoide diftérico, tetánico y tos ferina acelular [conjugado toxoide tetánico])
- Priftin® (rifapentina) en comprimidos
- SOLIQUA® 100/33 (inyección de insulina glargina y lixisenatida) 100 U (unidades)/ml y 33 mcg/ml
- Tenivac® (toxoides tetánico y diftérico adsorbidos)
- Toujeo® (inyección de insulina glargina) 300 unidades/ml (plumas de 1.5 ml o 3.0 ml)\*\*

\*Consulte la información de prescripción completa de los EE. UU., incluida la advertencia en recuadro negro.

\*\*Regular SoloStar® se envasan 3 plumas por paquete de 450 unidades/plumas; administra hasta 80 unidades por una inyección. Max SoloStar® se envasan 2 plumas por paquete de 900 unidades/plumas; administra hasta 160 unidades por una inyección; la pluma Max administra en aumentos de 2 unidades.

<sup>1</sup>Solo si se utiliza como medicamento de reemplazo (solo Lovenox®) se debe proporcionar una copia de la afirmación, negación, diagrama(s) de flujo y registro de distribución del medicamento (con el nombre del paciente, la fecha de servicio, NDC del producto/n.º de lote, dosis total).

Puede tener acceso en [www.visitspconline.com](http://www.visitspconline.com) a la información de prescripción completa de los EE. UU. de todos los productos que apoya Sanofi Patient Connection.

## 10. ¿CÓMO SE VE UNA SOLICITUD EXITOSA?

Para aplicar para Patient Assistance Connection toda la información debe estar completa y se debe incluir lo siguiente:

### Información del paciente:

- Complete toda la información relevante de la página 2, y **firme y fecha** la Autorización del paciente (OBLIGATORIA).

### Proveedor de atención médica:

- Pídale a su proveedor de atención médica que complete la página 4 y que la **firme y fecha**.
- Pídale a su proveedor de atención médica que envíe su solicitud completa por correo, fax o que la envíe a través del Portal de proveedores.

**Cualquier información faltante puede retrasar el procesamiento de su solicitud.**

**No incluya el historial médico del paciente con esta solicitud.**

## 11. INFORMACIÓN ADICIONAL

- Sanofi Patient Connection envía la mayoría de los medicamentos en suministros para 90 días.
- Un representante de Sanofi podría contactarlo para el seguimiento de eventos adversos que pueda reportar como relacionados a un producto de Sanofi.

## 12. OPCIONES DE PRESENTACIÓN DEL FORMULARIO



### Servicio postal de los EE. UU.

Sanofi Patient Connection  
PO Box 222138  
Charlotte, Carolina del Norte 28222-2138



### Fax

1.888.847.1797



### Secure Provider Portal

[www.visitspconline.com](http://www.visitspconline.com)

**No incluya las Historias clínicas del paciente con esta solicitud.**