

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. Patient Assistance Connection es posible gracias a Sanofi Cares North America.

### En relación con el uso de representantes autorizados:

Aunque los pacientes son libres de autorizar a la familia, los miembros del equipo de atención o representantes externos a completar y gestionar su solicitud de Sanofi Patient Connection, deben tener en cuenta lo siguiente:

- El paciente y su HCP (proveedor de atención médica) con licencia pueden completar la solicitud en su totalidad.
- Sanofi Patient Connection no cobra ningún cargo por este servicio; la tramitación de la solicitud, el medicamento y el envío son gratuitos. Los cargos que le cobre un tercero que complete esta solicitud en su nombre no son requeridos por Sanofi ni remitidos a esta.

### ¿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 HCP (proveedor de atención médica) con licencia autorizado para recetar, entregar y administrar medicamentos en EE. UU.
- Debe tener un 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 usted está inscrito en Medicare Parte D, es posible que también sea elegible según los criterios mencionados anteriormente.
- No debe tener cobertura de seguro, o en el caso de pacientes con un seguro comercial, no tener acceso al producto o tratamiento recetado a través de su seguro.
- Para las vacunas, usted debe tener 19 años de edad o más (excepto para la vacuna antirrábica IMOVAX®).
- Para Thyrogen®, debe ser mayor de 18 años.

### ¿Cómo presento una solicitud?

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 pertinente en la página 2 y **firmé y feché** las autorizaciones OBLIGATORIAS del paciente para el consentimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y la verificación de ingresos en la página 2.

#### Proveedor de atención médica:

- Pídale a su HCP (proveedor de atención médica) que complete la página 3 y que la **firmé y feché**.
- Pídale a su HCP (proveedor de atención médica) que envíe su solicitud completa por correo o fax (solo se requieren las páginas 2 y 3).

Cualquier información faltante podría retrasar el procesamiento de su solicitud. **No incluya las historias clínicas del paciente con esta solicitud.** Su solicitud completa puede ser enviada por su HCP (proveedor de atención médica) como figura a continuación:



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



**Fax**  
1.888.847.1797

### ¿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 HCP (proveedor de atención médica) recibirán una carta que notifica su inscripción. Si es un paciente de Medicare Parte D, el patrocinador de su plan también recibirá una carta que le notifique su inscripción.
2. Estará inscrito por 12 meses. Si es paciente de Medicare Parte D, estará inscrito hasta el final del año calendario.
3. **Se le enviarán sus medicamentos directamente al consultorio de su HCP (proveedor de atención médica) en alrededor de 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 HCP (proveedor de atención médica) una carta con la razón de la denegación.

**Nota:** Sanofi Patient Connection ofrece a los pacientes elegibles para programas de asistencia para pacientes una forma segura de desechar las agujas a través del programa Sharps. Si se inscribe en el programa Sharps, recibirá el contenedor de objetos punzantes para desechar sus agujas en un envío por separado.

**NO INCLUYA LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL PACIENTE CON ESTA SOLICITUD.**

LO DEBE COMPLETAR EL PACIENTE

**Sección 1. Información del paciente**

Nombre del paciente	Segundo nombre	Apellido
Número de Servicio Social	Fecha de nacimiento	
Dirección	Ciudad	
Estado	Código postal	Idioma preferido (si no es español)
Número de teléfono ( )		
Dirección de correo electrónico		
Cantidad de personas en su 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>		
Nombre de la organización o representante del paciente	Relación con el paciente	Teléfono

**Autorizaciones del paciente**

Sanofi Patient Connection **no** cobra ningún cargo por este servicio; la tramitación de la solicitud, el medicamento y el envío son gratuitos. Los cargos que le cobre un tercero que complete esta solicitud en su nombre no son requeridos por Sanofi ni remitidos a esta.

He leído y estoy de acuerdo con el consentimiento de la HIPAA incluido en la **Sección 7** de la página 4.

He leído y estoy de acuerdo con las certificaciones de los pacientes sobre la recepción de comunicaciones de Sanofi Patient Connection incluidas en la **Sección 9** de la página 5.

FIRMA DEL PACIENTE (OBLIGATORIA)

(1 de 3) Firma del paciente o representante legal si el paciente es menor de 18 años Fecha

FIRMA DEL PACIENTE (OPCIONAL)

(3 de 3) Firma del paciente o representante legal si el paciente es menor de 18 años Fecha

FIRMA DEL PACIENTE (OBLIGATORIA)

He leído y acepto la verificación de ingresos incluida en la **Sección 8** de la página 5.

(2 de 3) Firma del paciente o representante legal si el paciente es menor de 18 años Fecha

**Sección 2. Información del seguro**

¿Tiene seguro?  Sí  No  Si la respuesta es Sí, ¿su seguro es Medicare Parte D?

Nombre del seguro <b>principal</b>	Nombre del seguro <b>secundario</b>
Teléfono del seguro ( )	Teléfono del seguro ( )
N.º de Id. de la póliza	N.º de Id. de la póliza
N.º de grupo	N.º de grupo
Nombre del titular de la póliza (nombre/apellido)	Nombre del titular de la póliza (nombre/apellido)
Relación con el paciente	Relación con el paciente
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento

**Sección 3. Conexión de recursos**

[Para completar la siguiente información, se requiere la firma del cliente en la Sección 1.]

¿Desea participar en el programa de desecho de agujas Sharps?

Sí  No

¿Quiere que el Programa lo ayude a identificar los recursos provistos por otras organizaciones?

Sí  No

*Nota: Recibirá otra llamada de un asociado del Programa con la información de contacto para los recursos útiles marcados en su solicitud.*

Si la respuesta es Sí, marque cuáles recursos le interesarían, si están disponibles:

- Servicios de apoyo clínico
- Información sobre transporte
- Suministros de salud
- Suplementos nutricionales (alimentos, bancos de alimentos, etc.)
- Servicios de atención domiciliaria (refugio, servicios públicos, etc.)
- Otros (detalle):

**NO INCLUYA LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL PACIENTE CON ESTA SOLICITUD.**

LO DEBE COMPLETAR EL MÉDICO QUE HACE LA RECETA

Marque la casilla adecuada (se requiere la firma del médico que hace la receta y del paciente para todas las solicitudes)

**Patient Assistance (asistencia al paciente)**

Programa de medicamentos sin costo. Marque esta casilla si quiere medicamentos sin costo.

**Verificación de beneficios (Benefits Verification, BV) y asistencia al paciente**

Investigación de la cobertura del seguro y programa de medicamentos sin costo. Marque esta casilla si el paciente tiene cobertura de seguro.

**BV solamente**

Programa de investigación de cobertura de seguro. Marque esta casilla si solo se desea investigación de cobertura de seguro.

**Sección 4. Información de tratamiento y prescripción (Consulte la Sección 6 para ver los productos admitidos)**

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	
Producto n.º 1	<input type="checkbox"/> Viales <input type="checkbox"/> Plumas <input type="checkbox"/> N/C	Producto n.º 2	<input type="checkbox"/> Viales <input type="checkbox"/> Plumas <input type="checkbox"/> N/C
Código CIE-10		Código CIE-10	
Frecuencia		Frecuencia	
Dosis (n.º de unidades por día)	Cantidad	Dosis (n.º de unidades por día)	Cantidad

**Sección 5. Información del médico que hace la receta**

Nombre del médico que hace la receta		Estado donde tiene licencia	
Nombre del centro o institución		Correo electrónico de contacto del consultorio	
Tipo <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Consultorio médico <input type="checkbox"/> Centro ambulatorio <input type="checkbox"/> Internación		Teléfono (      )	
Dirección de la institución*		Fax (      )	
Ciudad	Estado	Código postal	
N.º de licencia	N.º de NPI	N.º de ID del impuesto	N.º de DEA

\*El producto de Sanofi se debe enviar a la dirección, firmada o autorizada por el médico que hace la 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 su identificación personal e información médica y de seguro 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 Patient Assistance y, por lo demás, para administrar el Programa Sanofi Patient Connection 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 5, 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 HCP

Firma del médico que receta (OBLIGATORIA, no se permite la firma con sello)      Nombre en letra de imprenta      Fecha

**Sección 6. Productos disponibles con Sanofi Patient Connection**

- Adace® (toxoides tetánico, toxoide diftérico reducido y vacuna acelular adsorbida contra la tos ferina)
- Admelog® (insulina lispro inyectable) 100 unidades/ml
- Apidra® (insulina glulisina inyectable) 100 unidades/ml
- Imovax® vacuna antirrábica [células diploides humanas]
- Lantus® (insulina glargina inyectable) de 100 unidades/mL
- Lovenox® (enoxaparina sódica inyectable)\*1
- MenQuadfi® (Vacuna conjugada meningocócica [grupos A, C, Y, W])
- Mozobil® (plerixafor inyectable)<sup>1</sup>
- Multaq® (dronedarona) en comprimidos\*
- Pentacel® Vacuna conjugada anti-Haemophilus 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 (insulina glargina y lixisenatida) inyectable 100 unidades/ml y 33 mcg/ml
- Tenivac® (toxoides tetánico y diftérico adsorbidos)
- Thymoglobulin® [globulina antitímocito (conejo)]\*1
- Thyrogen® (tirotrópina alfa)
- Toujeo® (insulina glargina inyectable) 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>Si se utiliza como medicamento de reemplazo (Lovenox®, Mozobil® y Thymoglobulin®), 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, código nacional de medicamentos [NDC] del producto/núm. de lote, dosis total).

Puede obtener información completa de prescripción en los EE. UU. para todos los productos que cubre Sanofi Patient Connection en [www.sanofi-patientconnection.com/medications-available](http://www.sanofi-patientconnection.com/medications-available). Sanofi Patient Connection proporcionará ayuda para cualquier uso médicamente adecuado según se describe en la información para recetar.

**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.

**NO INCLUYA LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL PACIENTE CON ESTA SOLICITUD.**

**Sección 7. Autorización para usar y divulgar información médica (OBLIGATORIA)**

**Paciente:** *lea lo siguiente con atención, luego feche y firme donde se indica en la Sección 1 de la página 2.*

**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 e inscripción en este Programa a fines de determinar mi participación en él y su administración, 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. 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 receta o con el Programa para asegurarme de que mis pedidos de resurtido, según sea apropiado, se envíen oportunamente a efectos 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. Entiendo que puedo retirar (anular) esta Autorización en cualquier momento llamando al 1.888.847.4877.

**Sección 8. Verificación de ingresos**

**Paciente:** *lea lo siguiente con atención, luego feche y firme donde se indica en la Sección 1 de la página 2.*

**Verificación de ingresos:** Autorizo a Sanofi Patient Connection (SPC), en virtud de la Ley de Informes de Crédito Justos, a utilizar mi información demográfica para acceder a los informes sobre mi historial crediticio individual de las agencias de informes de los consumidores. Entiendo que, si lo solicito, Sanofi Patient

**NO INCLUYA LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL PACIENTE CON ESTA SOLICITUD.**

Connection me dirá si se solicitó un informe del consumidor individual y el nombre y la dirección de la agencia que lo proporcionó. Además, entiendo y autorizo a Sanofi Patient Connection a utilizar cualquier informe del consumidor sobre mí y la información recopilada de mí, junto con otra información que obtengan de fuentes públicas y de otro tipo, para estimar mis ingresos junto con el proceso de determinación de elegibilidad del Programa Patient Assistance, si corresponde. Además, entiendo que ningún producto gratuito puede ser presentado para el reembolso a cualquier pagador, incluidos Medicare y Medicaid; y ningún producto gratuito puede ser vendido, intercambiado o distribuido para la venta. Si me aprueban para el Programa Patient Assistance de Sanofi Patient Connection, no intentaré que el valor de ningún medicamento que se me proporcione en virtud de este programa se tenga en cuenta para el costo real de mi bolsillo (true-out-of-pocket, TrOOP) de los medicamentos recetados para mi plan de la Parte D de Medicare. La continuidad en el Programa Patient Assistance de Sanofi Patient Connection está condicionada a la verificación oportuna de los ingresos. Además, me comprometo a notificar a Sanofi Patient Connection si la situación de mi seguro cambia.

## Sección 9. Certificaciones de los pacientes

***Paciente: lea lo siguiente con atención, luego feche y firme donde se indica en la Sección 1 de la página 2.***

Autorizo al Programa a contactarse conmigo por correo, teléfono o correo electrónico con información acerca del Programa, el estadio 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 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 relacionado con un producto de Sanofi.

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, Nueva Jersey 08807-5925. También comprendo que se podrán revisar, modificar o dar por concluidos los Servicios en cualquier momento.

**NO INCLUYA LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL PACIENTE CON ESTA SOLICITUD.**