

Para evitar retrasos, llene todos los campos y envíe por fax **LAS 4 PÁGINAS** al número mencionado arriba. Para asistencia adicional, llámenos al **1-877-LIBTAYO** (1-877-542-8296) **Opción 1**, lunes a viernes, 8 AM-8 PM hora del este.

Asegúrese de llenar completamente todos los campos y envíe por fax todas las páginas al 1-833-853-8362

SECCIÓN 1 Asistencia solicitada (Marque todas las que aplican)

- Investigación de Beneficios del Paciente
 Asistencia Previa Autorización
 Asistencia de Copago
 Asistencia de Reclamos
 Ayuda en Solicitudes
 Programa de Asistencia al Paciente (PAP, por sus siglas en inglés)

SECCIÓN 2 Información del paciente

Información de contacto del paciente incluida
 Nombre _____ Inicial 2do. nombre _____ Apellido _____ Sexo Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Teléfono casa _____ Teléfono preferido ¿Aprueba que se deje un mensaje detallado? Sí No Mejor hora para llamar _____ AM PM Correo electrónico _____
 Tel. móvil _____ Teléfono preferido ¿Aprueba que se deje un mensaje detallado? Sí No Mejor hora para llamar _____ AM PM
 Idioma preferido del paciente (si no es inglés) _____ Contacto alternativo/Nombre del proveedor de cuidados _____
 Contacto alternativo/Teléfono del proveedor de cuidados _____

Autorización del paciente

He leído y estoy de acuerdo en inscribirme en LIBTAYO Surround y a las Certificaciones del Paciente incluidas en la Sección 9 He leído y estoy de acuerdo con la Autorización de Divulgar/Usar la Información de Salud en la Sección 10

Firma _____ / / _____ **Firma** _____ / / _____
 Firma del paciente/Representante legal MES DÍA AÑO Firma del paciente/Representante legal MES DÍA AÑO

Relación con el Paciente (Si es firmada por alguien que no es el paciente, describa qué lo autoriza a firmar en nombre del paciente)

SECCIÓN 3 Información del seguro del Paciente

¿El Paciente tiene seguro (seguro de un tercero o privado)? Sí No (En el caso de no tener seguro, puede omitir esta pregunta)

Seguro primario

(Incluya una copia del frente y el dorso de su tarjeta del seguro)

Nombre del Seguro primario _____
 Núm. teléfono Seguro primario _____
 Nombre del Asegurado _____
 Número de Póliza _____
 Número de Grupo _____
 Relación del Paciente con el Asegurado _____

Seguro Secundario

(Incluya una copia del frente y el dorso de su tarjeta del seguro)

Nombre del Seguro Secundario _____
 Teléfono del Seguro Secundario _____
 Nombre del Asegurado _____
 Número de Póliza _____
 Número de Grupo _____
 Relación del Paciente con el Asegurado _____

SECCIÓN 4 Información del Médico

Nombre de la Práctica/Oficina _____ Nombre del Médico _____ Especialidad del Médico _____
 Teléfono _____ Fax _____ Correo electrónico _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Núm. de la licencia estatal del Médico _____ Núm. DEA del Médico _____ PTAN del Médico _____
 Núm. de Identificación de Impuesto del Médico _____ Identificador Nacional de Proveedor del Médico (NPI, por sus siglas en inglés) _____
 Nombre del contacto en la Oficina Principal _____ Método de contacto preferido: Teléfono Fax Correo electrónico

Lugar de servicio (Marque solamente si el paciente va a ser referido a otro sitio de atención para administración)

- Oficina del Médico
 Paciente ambulatorio del hospital
 Centro Quirúrgico Ambulatorio
 Paciente internado en hospital
 Otro

Nombre del lugar de servicio, si es diferente al Nombre de la Práctica/Oficina mencionada arriba _____

SECCIÓN 5 Información del tratamiento/Prescripción

LIBTAYO® (cemiplimab-rwlc) Dispensar: ampollita de 350-mg Administrar infusión por vía intravenosa cada _____ semanas Resurtido: _____ veces

SECCIÓN 6 Certificación médica

Mi firma abajo certifica que la persona nombrada en este formulario es mi paciente, la información provista en esta solicitud está completa y precisa a mi leal saber y entender, y LIBTAYO se recibió de manera gratuita por el Programa de Asistencia al Paciente en respuesta a esta solicitud, si corresponde, es exclusivamente para el paciente mencionado en este formulario. Según mi juicio profesional LIBTAYO es el tratamiento médico apropiado para el paciente mencionado en este formulario. Por la presente, certifico que ninguna medicación recibida libre de cargo bajo el Programa de Asistencia al Paciente de LIBTAYO Surround será ofrecida para la venta, cambio, o intercambio, y que no se hará ningún reclamo de reembolso tanto de LIBTAYO como de cualesquiera procedimientos y servicios médicos a Medicare, Medicaid, o cualquier tercer pagador en conexión con LIBTAYO provisto gratuitamente bajo el Programa de Asistencia al Paciente. Acepto que Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US, y sus afiliados y agentes (la "Alianza") me contacten por fax, teléfono, correo electrónico para confirmar el recibo de LIBTAYO o para proveer información adicional sobre LIBTAYO o del Programa LIBTAYO Surround. Entiendo que la Alianza puede revisar, cambiar o terminar cualesquiera servicios del programa en cualquier momento sin notificarme.

Firma _____ / / _____
 MES DÍA AÑO

Nombre del Paciente _____

Nombre del Médico _____ Núm. NPI _____

SECCIÓN 7

Diagnóstico

ICD-10-CM Código(s) del Diagnóstico _____

El paciente tiene o ha tenido carcinoma metastásico cutáneo de células escamosas (CSCC, por sus siglas en inglés) o CSCC local avanzado y no es candidato para cirugía curativa o radiación curativa Sí No

SECCIÓN 8

Información financiera (debe ser completada en caso de solicitar el Programa de Asistencia al Paciente [PAP])

¿Cuántas personas viven en su casa? _____

¿Cuál es el ingreso total anual en su casa?^a _____

^aSueldos/salarios, ingreso del Seguro Social, beneficios del seguro de desempleo, ingreso por discapacidad, cualquier otro ingreso para la casa.

Para cumplir con los requisitos del Programa de Asistencia al Paciente de LIBTAYO Surround, entiendo que debo cumplir con cierto ingreso y otros requerimientos de elegibilidad. LIBTAYO Surround podría solicitar una prueba de ingreso en cualquier momento con el propósito de auditar o verificar. Si se solicita, acuerdo proveer una prueba de ingreso dentro de los treinta (30) días posteriores a la solicitud. La continuación en el programa está condicionada a la verificación oportuna de los ingresos. Además, acuerdo notificar a LIBTAYO Surround inmediatamente si mi situación de seguro cambia.

También acuerdo con que Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Sanofi US, y sus afiliados y agentes (juntos, la “Alianza”) puedan verificar mi elegibilidad al Programa LIBTAYO Surround, y entiendo que tal verificación puede incluir contactarme o a mi proveedor de cuidados para obtener información adicional y para 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.

Nombre del Paciente _____

Nombre del Médico _____ Núm. NPI _____

SECCIÓN 9

Certificaciones del Paciente

Por favor, lea cuidadosamente el siguiente texto, coloque la fecha y firme donde se indica en la Sección 2 de la página 1.

Me estoy inscribiendo en el Programa LIBTAYO Surround (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 (los “Servicios”).

Estoy de acuerdo con mi inscripción al Programa de Copago de LIBTAYO Surround si se me confirma como apto, entendiendo que la información de Copago será enviada a mi médico o a la farmacia especializada designada, y cualquier asistencia con mi costo compartido o copago que aplique por LIBTAYO será hecho en concordancia con los términos y las condiciones del Programa.

Al completar la Sección 8, confirmo mi acuerdo con las condiciones establecidas en la Sección 8, y certifico que el número de personas en mi hogar y el ingreso en mi hogar son verdaderos y precisos a mi leal saber y entender. Autorizo a la Alianza a contactarme por correo, teléfono o correo electrónico con información acerca del Programa, mi condición, promociones, servicios, y estudios de investigación, y a pedir mi opinión sobre tal información y temas, incluida la investigación de mercado y las encuestas relacionadas con la enfermedad. Además, autorizo a la Alianza a que remueva la identificación de mi información de salud y la utilice en la realización de investigaciones, educación, análisis de negocios, estudios de marketing o para otros fines comerciales, incluido el enlace con otra información no identificada que la Alianza reciba de otras fuentes. Entiendo que miembros de la Alianza podrían compartir información de salud identificable entre ellos para así poder eliminar la identificación para estos propósitos y como sea requerida para realizar los Servicios o para enviar las comunicaciones mencionadas arriba (las “Comunicaciones”). Entiendo y acuerdo que la Alianza use mi información de salud para estos propósitos y comparta mi información de salud con mis doctores, farmacias especializadas, y aseguradoras.

Entiendo que no tengo que inscribirme en el Programa o recibir las Comunicaciones, y que aún así puedo recibir LIBTAYO, como fue prescrito por mi médico. Puedo optar por no recibir las Comunicaciones, los servicios de asistencia individual ofrecidos por el Programa, incluido el Programa de Copago de LIBTAYO Surround, u optar por salir totalmente del Programa en cualquier momento notificando a un representante del Programa por teléfono al 1-877-542-8296 o enviando una carta a LIBTAYO Surround, PO Box 220262, Charlotte, NC 28211-0262. También entiendo que los Servicios pueden ser revisados, cambiados o finalizados en cualquier momento.

Puede conservar una copia de este formulario para sus registros.

Nombre del Paciente _____

Nombre del Médico _____ Núm. NPI _____

SECCIÓN 10**Autorización para usar y divulgar información de salud**

Por favor, lea cuidadosamente el siguiente texto, coloque la fecha y firme donde se indica en la Sección 2 de la página 1.

Autorizo a mis proveedores de cuidados y al personal, mi aseguradora 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 relacionada con mi condición médica, tratamiento con LIBTAYO, cobertura del seguro de salud, reclamos, prescripción y diferimiento a, e inscripción en el Programa LIBTAYO Surround (junto, "Mi Información"). Mis proveedores de salud, aseguradoras de salud, farmacia(s) especializada(s), y la Alianza pueden usar y divulgar Mi Información para los propósitos de proveer ciertos servicios de asistencia, que incluye:

- Para determinar si cumplo con los requisitos para participar en programas de asistencia para reembolso y cobertura de LIBTAYO Surround, programas de asistencia para el paciente, y otros programas de asistencia (juntos, "Programa LIBTAYO Surround");
- Para la operación y administración del Programa LIBTAYO Surround;
- Para investigar los beneficios de cobertura de mi seguro de salud;
- Para obtener cobertura/reembolso previa autorización;
- Para asistir con apelaciones en reclamos denegados de cobertura/reembolso; y
- Para referirme a, o para determinar mi elegibilidad para, otros programas o fuentes alternativas de financiamiento tales como Medicaid, intercambios de cuidados de salud, Medigap, programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés), y fundaciones caritativas, que pudieran estar disponibles para proveerme asistencia con los costos de mis medicamentos.

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 LIBTAYO o el Programa de LIBTAYO Surround.

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, la Alianza acuerda proteger Mi Información usándola y divulgándola solo para propósitos permitidos en esta Autorización o de otra manera requerida por la ley. Entiendo que puedo ser contactado por la Alianza en el caso que yo reporte un evento adverso.

Entiendo que si rehúso firmar esta Autorización, no podré participar en el Programa LIBTAYO Surround, pero eso no afectará mi elegibilidad para obtener tratamiento médico, o mi capacidad de solicitar el pago de este tratamiento, o mi inscripción en el seguro o elegibilidad para cobertura de seguro.

Además, entiendo que puedo retirarme (revertir) esta Autorización en cualquier momento por correo o por fax con una petición escrita a LIBTAYO Surround en PO Box 220262, Charlotte, NC 28211-0262; Fax: 833-853-8362. La retirada de esta Autorización terminará con el uso y la divulgación de Mi Información por parte de las partes identificadas en esta Autorización, excepto en la medida en que dichos usos y divulgaciones se hayan realizado con base en esta Autorización antes de solicitar retirar esta Autorización.

Esta Autorización expira 18 meses a partir de la fecha en que se brindó soporte por última vez bajo cualquier Programa LIBTAYO Surround, sujeto a la ley aplicable, a menos que la retire. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta Autorización.

Para cualquier pregunta o duda, o para reportar efectos secundarios con un producto de Regeneron y Sanofi mientras está inscrito en **LIBTAYO Surround**, por favor contáctenos a través del **1-877-LIBTAYO** (1-877-542-8296) **Opción 1**, lunes a viernes, 8 AM–8 PM hora del este.