

Al inscribirse, LIBTAYO Surround realizará una **investigación de los beneficios**; proporcionará una **autorización previa y apoyo a las apelaciones para LIBTAYO**, si es necesario; y **explorará opciones de asistencia financiera** para pacientes elegibles que necesitan ayuda con los gastos de bolsillo de LIBTAYO.

SECCIÓN 1 Información del paciente * = CAMPO OBLIGATORIO

Se adjunta la información de contacto del paciente

Nombre* _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido* _____ Sexo Masculino Femenino Otro _____ Fecha de nacimiento* _____
 Dirección* _____ Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____
 Teléfono del hogar* _____ Teléfono preferido ¿Se puede dejar un mensaje detallado? Sí No Mejor hora para llamar _____ AM PM Correo electrónico _____
 Teléfono celular* _____ Teléfono preferido ¿Se puede dejar un mensaje detallado? Sí No Mejor hora para llamar _____ AM PM
 Idioma preferido del paciente (si no es inglés) _____ Nombre del contacto alternativo o cuidador _____ Teléfono del contacto alternativo o cuidador _____

Autorización del paciente
 He leído y acepto inscribirme en LIBTAYO Surround y las Certificaciones del paciente incluidas en la Sección 9 **Firma** _____ / ____ / ____
 Firma del paciente o representante legal DD MM AAAA

He leído y acepto la Autorización para divulgar o usar información médica en la Sección 10 **Firma** _____ / ____ / ____
 Firma del paciente/Representante legal DD MM AAAA

He leído el Consentimiento para recibir mensajes de texto en la Sección 9 y doy mi consentimiento expreso para recibir mensajes de texto del Programa o en su nombre.

SECCIÓN 2 Información del seguro del paciente

¿El paciente tiene seguro (seguro de terceros o privado)? Sí No (En caso negativo, puede omitir esta pregunta)

Seguro principal (Incluya una copia del anverso y reverso de su tarjeta de seguro)
 Nombre del seguro principal _____
 Teléfono del seguro principal _____
 Nombre del titular de la póliza _____
 Número de póliza _____
 Número de grupo _____
 Relación del titular de la póliza con el paciente _____

Seguro secundario (Incluya una copia del anverso y reverso de su tarjeta de seguro)
 Nombre del seguro secundario _____
 Teléfono del seguro secundario _____
 Nombre del titular de la póliza _____
 Número de póliza _____
 Número de grupo _____
 Relación del titular de la póliza con el paciente _____

SECCIÓN 3 Información del médico que receta

Nombre del consultorio/centro _____ Nombre del médico* _____ Especialidad del médico _____
 Teléfono _____ Fax _____ Correo electrónico _____
 Dirección* _____ Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____
 Lic. estatal del médico n.º _____ DEA del médico n.º _____ PTAN del médico _____
 Número de identificación fiscal del médico _____ Identificador nacional de proveedor del médico (NPI) _____
 Nombre del contacto en la oficina principal _____ Método de contacto preferido: Teléfono Fax Correo electrónico Médico colaborador (si corresponde) _____

Lugar de servicio (Marque solo si el paciente será remitido a otro centro de atención para la administración del tratamiento) Consultorio médico Hospital, atención ambulatoria Centro quirúrgico ambulatorio
 Hospital, atención intrahospitalaria Otro _____
 Nombre del lugar de servicio, si es diferente del nombre del consultorio/centro anterior _____

SECCIÓN 4 Información del tratamiento o receta Si solicita el Programa de Ayuda al Paciente (PAP), adjunte las notas de la historia clínica relevantes para el diagnóstico, alergias a medicamentos y terapias actuales o anteriores

LIBTAYO® (cemiplimab-rwlc) Dispensar: vial de 350 mg Administrar por infusión intravenosa cada _____ semanas* Renovar: _____ veces*

SECCIÓN 5 Diagnóstico

Código(s) de diagnóstico ICD-10-CM _____

Como profesional de la salud con licencia, certifico que el paciente mencionado en este formulario tiene, o ha tenido, un diagnóstico para una indicación aprobada por la FDA que justifica el uso de LIBTAYO Sí No

SECCIÓN 6 Completar solo para pacientes con CPCNP avanzado

Selección 1: LIBTAYO se prescribirá como monoterapia según una indicación aprobada por la FDA **0** LIBTAYO se prescribirá en combinación con quimioterapia según una indicación aprobada por la FDA

Si se prescribe en combinación con quimioterapia, LIBTAYO Surround intentará realizar una investigación de beneficios sobre el agente de quimioterapia suministrado: Agente _____ Dosis _____ Horario _____
 Agente _____ Dosis _____ Horario _____

SECCIÓN 7 Certificación del 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, a mi juicio profesional, la terapia con LIBTAYO es médicamente necesaria para el paciente identificado en este formulario. Entiendo que la información de mi paciente proporcionada a Regeneron Pharmaceuticals, Inc., y sus filiales y agentes (en conjunto, "Regeneron") es para el uso de LIBTAYO Surround únicamente para verificar la cobertura de seguro de mi paciente; evaluar, si corresponde, su elegibilidad para la ayuda al paciente y otros programas de apoyo; y, de alguna otra manera, administrar LIBTAYO Surround al paciente, incluyendo la facilitación de la inscripción en el Programa LIBTAYO Surround. Certifico que he obtenido la autorización por escrito de mi paciente de acuerdo con la ley estatal y federal aplicable, incluyendo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 y sus reglamentos de implementación, para proporcionar la información médica individualmente identificable de este formulario a programas de apoyo de reembolso, tales como LIBTAYO Surround, previstos para estos fines. Certifico que LIBTAYO recibido gratuitamente del Programa de Ayuda al Paciente de LIBTAYO Surround en respuesta a esta solicitud, si corresponde, se utilizará exclusivamente para el paciente mencionado en este formulario. También certifico que no se presentará ninguna reclamación de reembolso por productos gratuitos o procedimientos y servicios médicos relacionados a ningún pagador, incluyendo Medicare y Medicaid; y ningún producto gratuito se puede vender, comercializar, intercambiar o distribuir para la venta. Entiendo que cualquier producto gratuito distribuido a través del Programa de Asistencia al Paciente de LIBTAYO Surround no está supeditado a ninguna obligación de compra. Doy mi consentimiento para que LIBTAYO Surround se comunice conmigo por fax, correo postal o correo electrónico para proporcionarme información adicional sobre LIBTAYO o LIBTAYO Surround. Entiendo que Regeneron puede revisar, modificar o cancelar cualquier servicio del programa en cualquier momento y sin previo aviso.

Firma _____ / ____ / ____
 Se requiere firma manuscrita; no se aceptan firmas estampadas. DD MM AAAA



Nombre del paciente _____

Nombre de la persona que emite la receta _____ N.º de NPI _____

SECCIÓN 8

Información financiera (debe completarse en caso de solicitudes para el Programa de Ayuda al Paciente [PAP])

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

¿Cuál es el ingreso anual total de su hogar? * _____

*Salarios/sueldos, ingresos del Seguro Social, beneficios del seguro de desempleo, ingresos por discapacidad, cualquier otro ingreso del hogar.

Para calificar para el Programa de Ayuda al Paciente LIBTAYO Surround, entiendo que debo cumplir con ciertos ingresos y otros requisitos de elegibilidad. LIBTAYO Surround puede solicitar un comprobante de ingresos en cualquier momento con fines de auditoría/verificación. Si se solicita, acepto proporcionar un comprobante de ingresos dentro de los treinta (30) días posteriores a la solicitud. La continuación en el programa depende de la verificación oportuna de los ingresos. Además, acepto notificar a LIBTAYO Surround de inmediato si mi situación de seguro cambia.

También acepto que Regeneron Pharmaceuticals, Inc., y sus filiales, representantes, agentes y contratistas (en conjunto, "Regeneron") pueden verificar mi elegibilidad para el Programa LIBTAYO Surround, y entiendo que dicha verificación puede incluir contactarme a mí o a mi proveedor de atención médica para obtener información adicional o revisar información financiera, de seguros o médica adicional. Autorizo a Regeneron a usar mi número de Seguro Social o información demográfica adicional para acceder a informes sobre mi historial crediticio individual a través de agencias de informes del consumidor con el fin de determinar mi elegibilidad con respecto a los ingresos. Entiendo que, previa solicitud, Regeneron me dirá si se procuró un informe individual del consumidor y el nombre y la dirección de la agencia que lo proporcionó. Además, entiendo y autorizo a Regeneron a utilizar cualquier informe del consumidor sobre mí y la información recopilada de mí, junto con otra información que obtenga de fuentes públicas y de otro tipo, incluyendo el uso de terceros para llevar a cabo servicios que puedan mejorar el procesamiento transfronterizo de mis datos personales fuera de los Estados Unidos, para estimar mis ingresos junto con el proceso de determinación de elegibilidad del Programa de Ayuda al Paciente.

Nombre del paciente _____

Nombre de la persona que emite la receta _____ N.º de NPI _____

SECCIÓN 9

Certificaciones del paciente

Lea atentamente lo siguiente, luego feche y firme donde se indica en la Sección 1 de la página 1.

Me inscribo en el Programa LIBTAYO Surround (el “Programa”) y autorizo a Regeneron Pharmaceuticals, Inc., y sus filiales y agentes (en conjunto, “Regeneron”) a proporcionarme servicios conforme a este, como cobertura y apoyo de reembolso, asistencia financiera, educación y otros programas de apoyo (los “Servicios”), tal cual se describe en este Formulario de inscripción al Programa.

Acepto mi inscripción en el Programa de Copago de LIBTAYO Surround si se confirma que soy elegible, entiendo que la información sobre el copago se enviará a mi médico o a la farmacia especializada designada, y entiendo que cualquier ayuda con mi gasto compartido o copago aplicables para LIBTAYO se realizará de acuerdo con los términos y condiciones del Programa.

Si estoy solicitando el Programa de Ayuda al Paciente (PAP), confirmo mi acuerdo con las condiciones establecidas y certifico que el número de personas y los ingresos de mi hogar son verdaderos y precisos a mi leal saber y entender. Si resulto aprobado para el PAP, certifico que no se presentará ninguna reclamación de reembolso a ningún tercero pagador por el producto que yo reciba sin costo mientras esté inscrito en el Programa. Autorizo a Regeneron a comunicarse conmigo por correo postal, teléfono o correo electrónico o, si indico mi acuerdo y consentimiento en la página 1, por mensaje de texto*, para proporcionarme información sobre el Programa, mi afección, promociones relacionadas con las oportunidades de la marca LIBTAYO, Servicios y estudios de investigación, y para solicitar mi opinión sobre dicha información y temas, incluyendo estudios de mercado y encuestas relacionadas con la enfermedad. Además, autorizo a Regeneron a utilizar mi información anonimizada para realizar investigaciones, educación, análisis de negocios, estudios de marketing u otros fines comerciales, incluyendo la vinculación con información anonimizada sobre mí de otras fuentes (por ejemplo, registros médicos electrónicos, datos del seguro y facturación, dispositivos móviles e información genómica) para actividades de investigación y análisis. Tal como se describe en la sección Autorización para divulgar o usar información médica, entiendo que los miembros de Regeneron pueden compartir entre sí información de salud sobre mí, incluyendo la relacionada con mi afección médica, el tratamiento con LIBTAYO, la cobertura de seguro médico, las reclamaciones, las recetas, las remisiones e inscripciones en el Programa LIBTAYO Surround (en conjunto, “Mi información”), para estos fines y según sea necesario para prestar los Servicios o para enviar las comunicaciones señaladas anteriormente (las “Comunicaciones”). Entiendo y acepto que Regeneron puede usar Mi información para estos fines y puede compartirla con mis proveedores de atención médica y el personal (en conjunto, “Proveedores de atención médica”), mi aseguradora de salud, plan de salud o programas que me proporcionan beneficios de atención médica (en conjunto, “Aseguradoras de salud”) y cualquier farmacia especializada (“Farmacias especializadas”) que dispense mi medicamento.

Entiendo que no tengo que inscribirme en el Programa ni recibir las Comunicaciones, y que aun así puedo recibir LIBTAYO según lo prescrito por mi Proveedor de atención médica. Puedo optar por no recibir Comunicaciones, servicios de apoyo individual ofrecidos por el Programa, incluyendo el Programa de Copago de LIBTAYO Surround u optar en cualquier momento por no participar en el Programa notificándolo a un representante de este por teléfono a través del 1.877.542.8296, enviando un correo electrónico a unsubscribe@regeneron.com o una carta a LIBTAYO Surround, PO Box 220262, Charlotte, NC 28211-0262. También entiendo que los Servicios pueden ser revisados, modificados o cancelados en cualquier momento.

Información adicional sobre prácticas de privacidad

Entiendo que mi información médica, de contacto u otra que yo, mi proveedor de atención médica y otros compartamos con Regeneron Pharmaceuticals, Inc., y sus filiales y agentes (en conjunto, “Regeneron”) se recopila para proporcionarme la ayuda que solicito y para otros fines comerciales de Regeneron, como se describe en su aviso de privacidad, que está disponible en www.regeneron.com/privacy-notice. Según el lugar donde yo viva, puedo tener ciertos derechos con respecto a mi información personal, incluyendo la solicitud de acceso a mi información personal o su eliminación. Soy consciente de que Regeneron puede no estar obligado a cumplir con mis solicitudes en ciertas circunstancias. Entiendo que, para ejercer estos derechos, puedo comunicarme con la Oficina de Privacidad enviando un correo electrónico a dataprotection@regeneron.com o llamando al 1.844.835.4137.

Consentimiento para recibir mensajes de texto:

* Reconozco que al marcar “Sí” en la casilla Consentimiento para recibir mensajes de texto en la página 1, doy mi consentimiento expreso para recibir mensajes de texto del Programa o en su nombre a través de los números de teléfono celular que proporciono.

Confirmando que soy el suscriptor de los números de teléfono móvil proporcionados y acepto notificar inmediatamente a Regeneron si alguno de mis números cambia en el futuro. Comprendo que pueden aplicarse tarifas por mensajes de texto y datos por parte de mi proveedor de servicio telefónico. Entiendo que en cualquier momento puedo optar por no recibir futuros mensajes de texto si envío desde mi teléfono móvil SMSSTOP al 59179 y que al enviar SMSHELP 59179 puedo obtener ayuda para este tipo de mensajería. También entiendo que en el futuro se me pueden proporcionar términos y condiciones adicionales sobre los mensajes de texto como parte de un mensaje de texto de confirmación de suscripción. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos.

Entiendo que no se requiere mi consentimiento como condición para comprar bienes o servicios de Regeneron Pharmaceuticals, Inc., o sus filiales.

Puede conservar una copia de este formulario para sus registros.

Complete todo el formulario y envíelo por fax a LIBTAYO Surround al 1.833.853.8362 o cárguelo a través de LIBTAYO Surround DocuSend en www.patientsupportnow.org (con el código: 8338538362).

©2022 Regeneron Pharmaceuticals, Inc.

Todos los derechos reservados. LIB.22.11.0037 12/2022

Nombre del paciente _____

Nombre de la persona que emite la receta _____ N.º de NPI _____

SECCIÓN 10

Autorización para divulgar o usar información médica

Lea atentamente lo siguiente, luego feche y firme donde se indica en la Sección 1 de la página 1.

Autorizo a mis proveedores de atención médica y a mi personal (“Proveedores de atención médica”), a mi aseguradora de salud, al plan de salud o a los programas que me brindan beneficios de atención médica (en conjunto, “Aseguradoras de salud”), y cualquier farmacia especializada (“Farmacias especializadas”) que dispense mi medicamento, a divulgar a Regeneron Pharmaceuticals, Inc., y a sus filiales y agentes (en conjunto, “Regeneron”) información médica sobre mí, incluyendo la relacionada con mi afección médica, el tratamiento con LIBTAYO, la cobertura del seguro de salud, las reclamaciones, la prescripción y las remisiones e inscripción en el Programa LIBTAYO Surround (en conjunto, “Mi información”). Mis proveedores de atención médica, aseguradoras de salud, farmacias especializadas y Regeneron pueden usar y divulgar Mi Información con el fin de proporcionar ciertos servicios de apoyo, que incluyen:

- Determinar si soy elegible para participar en los programas de asistencia de reembolso y cobertura de LIBTAYO Surround, los Programas de Ayuda al Paciente y otros programas de apoyo (en conjunto, “Programa LIBTAYO Surround”);
- Operación y administración del Programa LIBTAYO Surround;
- Investigar mis beneficios de cobertura de seguro médico;
- Obtener autorización previa para cobertura o reembolso;
- Ayudar con las apelaciones de reclamaciones denegadas de cobertura o reembolso; y
- Remitirme o determinar mi elegibilidad para otros programas o fuentes alternativas de financiamiento, como Medicaid, intercambios de atención médica, Medigap, programas estatales de ayuda farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) y fundaciones benéficas, que pudieran estar disponibles para brindarme asistencia con los costos de mis medicamentos.

Entiendo y acepto que mis Proveedores de atención médica, Aseguradoras de salud y Farmacias especializadas pueden recibir una remuneración de Regeneron a cambio de divulgar Mi información a Regeneron o por proporcionarme servicios de apoyo en relación con LIBTAYO o el Programa LIBTAYO Surround.

Entiendo que, una vez que Mi Información se haya divulgado a Regeneron, las leyes federales de privacidad ya no podrán protegerla de que se continúe divulgando. Sin embargo, Regeneron ha aceptado proteger Mi Información al usarla y divulgarla solo para los fines permitidos en esta Autorización o según lo exija la ley. Entiendo que Regeneron puede contactarme en caso de que yo informe alguna reacción adversa.

Comprendo que si me niego a firmar esta Autorización, no podré participar en el Programa LIBTAYO Surround, pero esto no afectará mi elegibilidad para obtener tratamiento médico, mi capacidad para solicitar el pago de este tratamiento, mi inscripción en el seguro ni mi elegibilidad para la cobertura del seguro.

Además, entiendo que puedo revocar (retirar) esta autorización en cualquier momento mediante el envío por correo postal, por fax o por correo electrónico de una solicitud por escrito a LIBTAYO Surround al PO Box 220262, Charlotte, NC 28211-0262; fax: 833.853.8362; correo electrónico: unsubscribe@regeneron.com. La revocación de esta Autorización pondrá fin a otros usos y divulgaciones de Mi Información basados en esta Autorización realizados antes de que mi solicitud sea recibida y procesada por mis Proveedores de atención médica, Aseguradoras de salud y Farmacias especializadas.

Esta Autorización expira 18 meses después de la fecha en que se proporciona apoyo por última vez a través de cualquier Programa de LIBTAYO Surround, sujeto a la ley aplicable, a menos que la retire antes. Comprendo que puedo solicitar una copia de esta Autorización.

Para cualquier pregunta o inquietud, o para informar sobre los efectos secundarios con un producto de Regeneron mientras está inscrito en **LIBTAYO Surround**, contáctenos a través del **1.877.LIBTAYO (1.877.542.8296) Opción 1**, de lunes a viernes, de 8 AM-8 PM hora del este.