

PROGRAMAS DE APOYO DE SANOFI GENZYME
SANOFI GENZYME SUPPORT PROGRAMS

MyELOCTATE: 1-855-693-5628 MyALPROLIX: 1-855-692-5776

 **PRUEBA GRATUITA PLUS**
FREE TRIAL PLUS

Reciba su primer suministro de tratamiento para 30 días de inmediato con una receta médica válida de su proveedor de atención médica. También puede recibir factor gratuito por un período de hasta 1 año, si fuera necesario.

Receive your first 30-day supply of therapy immediately with a valid prescription from your healthcare provider. You may also be able to receive free factor for up to 1 year, if needed.

No válido cuando lo prohíba la ley. Sanofi Genzyme se reserva el derecho de modificar o suspender los programas en cualquier momento. Detalles del programa proporcionados después de registrarse. El Programa prueba gratuita plus y copagos no es válido para prescripciones cubiertas o presentadas para reembolso en virtud de Medicare, Medicaid, VA, DoD, TRICARE® o programas federales o estatales similares, incluyendo cualquier programa de asistencia farmacéutica estatal. Los ahorros en el programa de copagos pueden variar dependiendo de los costos pagados por los pacientes.

Not valid where prohibited by law. Sanofi Genzyme reserves the right to modify or discontinue the programs at any time. Program details provided upon registration. Free Trial Plus and Copay Program not valid for prescriptions covered by or submitted for reimbursement under Medicare, Medicaid, VA, DoD, TRICARE®, or similar federal or state programs including any state pharmaceutical assistance programs. Copay program savings may vary depending on patients' out-of-pocket costs.

 **ASISTENCIA EN LOS COPAGOS**
COPAY ASSISTANCE

Sanofi Genzyme ofrece un programa de copagos para los pacientes elegibles que puede cubrir hasta \$20,000 de copago de su bolsillo o de costos de coseguro asociados a su receta.

Sanofi Genzyme offers a copay program to eligible patients that can cover up to \$20,000 of out-of-pocket copayment or co-insurance costs associated with your prescription.

 **ACCESO A FACTOR**
FACTOR ACCESS

Le ayuda a acceder a ELOCTATE o ALPROLIX, incluso si se interrumpe su cobertura de seguro. Por ejemplo, cuando está entre dos trabajos o cambiando de aseguradora.

Helps you access ELOCTATE or ALPROLIX even if your insurance coverage is interrupted. For example, when you are in between jobs or changing insurers.

INSTRUCCIONES PARA LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA

INSTRUCTIONS FOR HEALTHCARE PROVIDERS

Escoja los programas de apoyo solicitados por el paciente: **Prueba gratuita Plus** **Copago** **Acceso a Factor** **Investigación de beneficios**
Choose the support programs requested by the patient: Free Trial Plus Copay Factor Access Benefits Investigation

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR (obligatorio)
PRESCRIBER INFORMATION (required)

Nombre del prescriptor: _____ N.º de licencia estatal: _____ N.º NPI: _____
Prescriber name: State license #: NPI #:

Nombre de la institución: _____ Dirección de la institución: _____
Facility name: Facility address:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ N.º ID fiscal: _____
City: State: Zip: Tax ID#:

Contacto en el consultorio: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____
Office contact: Phone Fax: Email:

Enviar a: **Domicilio del paciente** **Consultorio del prescriptor**
Ship to: Patient home Prescriber's office



INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN (completar si solicita la prueba gratuita para 30 días o Acceso a Factor)
PRESCRIPTION INFORMATION (complete if applying for Free 30-Day Trial or Factor Access)

Prescripción: ELOCTATE o ALPROLIX
Prescription: _____ or _____

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____ **Peso del paciente:** _____ kg _____ lb
Patient name: _____ *DOB:* _____ *Patient weight:* _____

Dosis: _____ **N.º de resurtidos:** _____ **Instrucciones:** _____
Dose: _____ *# of refills:* _____ *Directions:* _____

Frecuencia: _____ **Suministros auxiliares:** Sí No **Acceso intravenoso:** Kit de suministros periféricos, cantidad suficiente (CS), usar como está indicado (UCEI) Kit de suministros para puerto, CS, UCEI
Frequency: _____ *Ancillary Supplies:* Yes No *Intravenous Access:* Peripheral supplies kit, Quantity Sufficient (QS), Use as directed (UAD) Port supplies kit, QS, UAD

AUTORIZACIÓN DEL PRESCRIPTOR PARA PRUEBA GRATUITA DE 30 DÍAS O ACCESO A FACTOR (obligatorio)

Confirmando que he obtenido autorización para divulgar la información médica personal del paciente y la información de este formulario o cualquier prescripción a Genzyme Corporation (junto con sus empresas matrices y filiales, "Sanofi Genzyme") y sus socios, proveedores y otros agentes independientes ("Agentes") (conjuntamente con Sanofi Genzyme) para proporcionar servicios de apoyo para productos ("los Programas"). Certifico además que cualquier servicio ofrecido por Sanofi Genzyme en nombre de cualquier paciente no se hace a cambio de ningún acuerdo expreso o implícito ni conocimiento de que recomendaría, recetaría o usaría cualquier producto o servicio de Sanofi Genzyme para cualquier persona y mi decisión para recetar un producto de Sanofi Genzyme se basó exclusivamente en mi determinación de la necesidad médica. Entiendo que mi información puede ser usada por Sanofi Genzyme para gestionar y mejorar los Programas, comunicarse conmigo en relación con mi experiencia con los Programas y/o para enviar materiales a los pacientes relacionados con los Programas. Con respecto a cualquier producto gratuito que se ofrezca al paciente que se menciona a continuación, entiendo que el abastecimiento del producto no está supeditado a ninguna obligación de compra y que no buscaré el reembolso de ningún programa gubernamental o aseguradora independiente por los medicamentos o suministros recibidos gratuitamente en virtud del Programa, y el producto gratuito no se venderá, comercializará ni distribuirá para su venta. Notificaré de inmediato a Sanofi Genzyme si el producto de Sanofi Genzyme ya no es necesario desde el punto de vista médico para el tratamiento de este paciente o si cambia el estado de seguro de mi paciente. Autorizo a Sanofi Genzyme como mi agente designado y en nombre de la persona indicada a continuación para (1) enviar el formulario de petición del servicio arriba expresado y proporcionar cualquier información en este formulario a la aseguradora del paciente mencionado a continuación y (2) remitir la receta arriba indicada, por fax u otro modo de entrega, a nuestra farmacia de productos gratuitos.

El prescriptor debe cumplir con los requisitos de prescripción del estado específico, tal como prescripción electrónica, formulario de prescripción específico del estado, idioma de fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado podría dar lugar a la divulgación al prescriptor.

Certifico el motivo para recetar ALPROLIX (ICD-10 D67) o ELOCTATE (ICD-10 D66) y que supervisaré consecuentemente el tratamiento del paciente.

PRESCRIBER AUTHORIZATION FOR FREE 30-DAY TRIAL OR FACTOR ACCESS (required)

I acknowledge that I have obtained authorization to release the patient's personal health information and the information on this form and any prescription to Genzyme Corporation (together with its parents and affiliates, "Sanofi Genzyme") and its third-party business partners, vendors, and other agents ("Agents") (together with Sanofi Genzyme), for the purpose of providing product support services ("the Programs"). I further certify that any service provided by Sanofi Genzyme on behalf of any patient is not made in exchange for any express or implied agreement or understanding that I would recommend, prescribe, or use any Sanofi Genzyme product or service for anyone, and my decision to prescribe a Sanofi Genzyme product was based solely on my determination of medical necessity. I understand that my information may be used by Sanofi Genzyme to manage and improve the Programs, to communicate with me about my experience with the Programs, and /or to send patient materials relating to the Programs. With respect to any free product provided to the patient listed below, I understand that provision of the product is not contingent on any purchase obligations, and that I will not seek reimbursement from any government program or third-party insurer for medication or supplies received free of charge under the Program, nor will the free product be sold, traded, or distributed for sale. I will notify Sanofi Genzyme immediately if the Sanofi Genzyme product is no longer medically necessary for this patient's treatment or if my patient's insurance status changes. I authorize Sanofi Genzyme as my designated agent and on behalf of the below-named to (1) forward the above service request form and furnish any information on this form to the insurer of the below-named patient and (2) forward the above-named prescription, by fax or other mode of delivery, to our free goods pharmacy.

The prescriber is to comply with his/her state-specific prescription requirements, such as e-prescribing, state-specific prescription form, fax language, etc. Non-compliance with state-specific requirements could result in outreach to the prescriber.

I certify the rationale for prescribing ALPROLIX (ICD-10 D67) or ELOCTATE (ICD-10 D66) and I will be supervising the patient's treatment accordingly.

FIRMA DEL PRESCRIPTOR (dispensar tal como está escrito) _____
PRESCRIBER SIGNATURE (dispense as written)

FECHA: _____
DATE:

FIRMA DEL PRESCRIPTOR (sustitución permisible) _____
PRESCRIBER SIGNATURE (substitution permissible)

FECHA: _____
DATE:



My ELOCTATE: 1-855-693-5629
My ALPROLIX: 1-855-692-5776

INSTRUCCIONES PARA PACIENTES
INSTRUCTIONS FOR PATIENTS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (obligatoria)
PATIENT INFORMATION (required)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (solo los últimos 4 dígitos): _____ Sexo: M F Otro
Patient name: DOB: SSN (last 4 digits only): Sex: Other

Nombre del padre/la madre/tutor legal _____
Parent/guardian name:

Dirección postal: _____
Street address:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
City: State: Zip:

Teléfono: _____ Es aceptable dejar un mensaje _____ Correo electrónico: _____
Phone: OK to leave message Email:

Idioma de preferencia: Inglés Español Otro _____
Language preference: English Spanish Other

Tratamiento actual: _____
Current therapy:

¿Ha recibido tratamiento con ELOCTATE o ALPROLIX? Sí No Si respondió que sí, ¿cuál es la fecha del primer uso? _____
Have you ever been on ELOCTATE or ALPROLIX? Yes No If Yes, date of first use?

Obligatorio solo para el programa Acceso a Factor:
Required for Factor Access program only:

1. ¿Ha solicitado Medicaid? (Si respondió que sí, debe incluir su carta de denegación de Medicaid. La carta se debe haber recibido en los últimos 90 días).
Have you applied for Medicaid? (If yes, you must include your Medicaid denial letter. Letter must be within the last 90 days.)

Sí No
Yes No

2. Ingresos de la unidad familiar (ingresos brutos de recursos gravables menos deducciones permitidas) _____
Household Income (gross income from taxable resources minus allowable deductions)

Cantidad de personas en la unidad familiar _____
Number in household

3. Se requiere la verificación de ingresos para participar en el programa Acceso a Factor. La documentación aceptable incluye un formulario W-2, IRS-1040 o un comprobante de pago salarial reciente.
Verification of income is required for participation in the Factor Access Program. Acceptable documentation includes a W-2, IRS-1040, or a recent paystub.



My ELOCTATE: 1-855-693-5629
 My ALPROLIX: 1-855-692-5776

INFORMACIÓN DE SEGURO DEL PACIENTE (obligatoria)

PATIENT INSURANCE INFORMATION (Required)

Marcar si el paciente no tiene seguro
 Check if patient does not have insurance

Nombre del seguro principal: _____
Primary insurance name:

Teléfono del seguro: _____
Insurance phone:

N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____
Policy #: Group #:

Nombre del titular de la póliza: _____
Policy holder name:

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____
Policy holder DOB:

Empleador del titular de la póliza: _____
Employer of policy holder:

Parentesco con el suscriptor: _____
Subscriber's relationship:

Nombre de seguro secundario: _____
Secondary insurance name:

Teléfono de seguro: _____
Insurance phone:

N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____
Policy #: Group #:

Nombre del titular de la póliza: _____
Policy holder name:

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____
Policy holder DOB:

Director de beneficios de farmacia (PBM): _____ N.º de grupo: _____
Pharmacy Benefit Manager (PBM): Group #:

N.º de póliza #: _____ N.º BIN Rx: _____ N.º PCN Rx: _____
Policy #: Rx BIN #: Rx PCN #:

Farmacia especializada actual: _____ Número de teléfono de farmacia especializada: _____
Current specialty pharmacy: Specialty pharmacy phone number:

Dirección de farmacia especializada: _____ Número de fax de farmacia especializada: _____
Specialty pharmacy address: Specialty pharmacy fax number:

S N PREGUNTAS DE VERIFICACIÓN DEL PACIENTE
Y N PATIENT VERIFICATION QUESTIONS

¿Tiene una prescripción válida para ALPROLIX o ELOCTATE?
Do you have a valid prescription for ALPROLIX or ELOCTATE?

¿Tiene un seguro comercial?
Do you have commercial insurance?

¿Está inscrito en algún programa de seguro médico con financiación estatal o federal, tal como Medicare (incluyendo Medicare Parte D), Medicaid, Medigap, VA, DoD, TRICARE, programa de ayuda farmacéutica estatal, etc.?
Are you enrolled in any state or federally-funded health insurance program such as Medicare (including Medicare Part D), Medicaid, Medigap, VA, DoD, TRICARE, state pharmaceutical assistance program, etc.?

¿Reside en Estados Unidos o en territorio estadounidense?
Do you reside in the United States or U.S. Territory?

¿Está siendo tratado por un prescriptor en Estados Unidos o territorio estadounidense?
Are you being treated by a prescriber in the United States or U.S. Territory?



LEA Y FIRME LA AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN Y USO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA (obligatorio)

Al firmar esta Autorización para divulgar información médica ("Autorización"), autorizo a mis proveedores de atención médica (incluidas mis farmacias) y a mis planes de salud y aseguradoras (y sus contratistas) (en conjunto, las "Partes") a divulgar a Genzyme Corporation (conjuntamente con sus empresas matrices y filiales, "Sanofi Genzyme"), y a sus socios comerciales, proveedores y otros agentes independientes ("Agentes" conjuntamente con Sanofi Genzyme) información sobre mi enfermedad, tratamiento, cobertura de seguro y pago por mi terapia (conjuntamente con la información que he proporcionado en este Formulario de inscripción y que pueda proporcionar en el futuro, "Mi información") para que Sanofi Genzyme pueda ofrecerme servicios de apoyo para pacientes y enviarme las comunicaciones que he aceptado recibir en este Formulario de inscripción. Las Partes y Sanofi Genzyme (incluidos sus Agentes) pueden usar y divulgar Mi información para proporcionar determinados servicios de apoyo que yo acepte en este Formulario de inscripción, incluyendo entre otros: (1) determinar si soy elegible para participar en el Programa MyALPROLIX /MyELOCTATE ("el Programa"); (2) gestionar y mejorar el Programa; (3) comunicarse conmigo sobre mi experiencia con el Programa; (4) enviar materiales relacionados con el Programa; (5) investigar mi cobertura de seguro médico; (6) operar y administrar el Programa; y (7) comunicarse conmigo para seguimiento en relación con cualquier evento adverso que pueda informar en relación con un producto de Sanofi Genzyme. Autorizo además a Sanofi Genzyme a anonimizar mi información médica y a utilizarla para realizar estudios de investigación educación, análisis comercial y de marketing o para otros fines comerciales, incluida la asociación con otra información anonimizada que Sanofi Genzyme pueda recibir de otras fuentes. Entiendo que una vez que Mi información se haya divulgado a Sanofi Genzyme, las leyes federales de privacidad posiblemente ya no protejan Mi información de su posterior divulgación. Sin embargo, entiendo que Sanofi Genzyme ha aceptado proteger Mi información usándola y divulgándola solo para los fines permitidos por mí en esta Autorización o según exija la ley. Yo entiendo que Sanofi Genzyme puede pagar a mi farmacia para obtener mi Información. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que la negación a firmarla no afectará mi capacidad de obtener atención médica, cobertura de seguro o acceso a beneficios médicos, incluido el acceso a la terapia. Sin embargo, si no firmo esta Autorización, Sanofi Genzyme no puede proporcionarme servicios de apoyo. Entiendo que esta Autorización vence en 5 años a partir de la fecha de la firma, salvo que esté sujeta a las leyes aplicables, excepto o hasta que retire esta Autorización antes de dicha fecha.

Además, entiendo que puedo retirar esta Autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito que incluya mi nombre, dirección y número de teléfono, a Sanofi Genzyme, a la atención de: Patient Services, 50 Binney Street, 3rd Floor, Cambridge, MA 02142, o enviando un mensaje por correo electrónico a RBDPatientSolutions@sanofi.com.

La retirada de esta Autorización pondrá fin a la dependencia de esta Autorización (y mi participación en el Programa) pero no invalidará la dependencia de la Autorización para usar o divulgar mi Información antes de que se reciba y procese mi notificación de retirada.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y entendido la Autorización para divulgar la información médica y acepto sus términos. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización bajo petición.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ NOMBRE (EN MAYÚSCULAS): _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PADRE/LA MADRE/TUTOR LEGAL: (OBLIGATORIO PARA LOS PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS)

(FIRMA) (Nombre en mayúsculas) FECHA: _____

(Opcional) Además, autorizo la divulgación de mi información médica a la siguiente persona designada: _____
(Nombre en mayúsculas) (Parentesco)

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO AL PACIENTE

Autorizo a Sanofi Genzyme a que me proporcione diversos servicios de apoyo de tratamiento para los cuales soy elegible, que pueden incluir entre otros: apoyo en línea, apoyo para el cumplimiento y la persistencia de la educación del paciente, apoyo para la verificación de beneficios de seguro y reembolso (si se solicita), apoyo para la cobertura y la asistencia financiera y otros servicios de apoyo que puedan añadirse en el futuro, así como cualquier información o materiales relacionados con dichos servicios de apoyo. Confirmando y entiendo que Sanofi Genzyme no puede ofrecerme asesoramiento médico y que dirigiré todas mis preguntas relacionadas con el tratamiento a mi profesional de atención médica. Entiendo y acepto que Sanofi Genzyme puede comunicarse conmigo sobre dichos servicios e información por correspondencia, correo electrónico, llamada telefónica, fax o mensaje de texto al número de teléfono celular que he proporcionado en el formulario de inscripción (es posible que apliquen tarifas de mensajería y datos) o por otros medios a los números de teléfono, correos electrónicos o direcciones postales que yo indique. Entiendo que un representante de Sanofi Genzyme se puede comunicar conmigo para el seguimiento de cualquier evento adverso que informe en relación con un producto de Sanofi Genzyme. Entiendo que no estoy obligado a inscribirme en el Programa y que si decido no inscribirme, todavía puedo seguir recibiendo mi medicación tal y como me la ha recetado mi médico. Puedo cancelar la inscripción al programa en cualquier momento enviando una notificación por escrito que incluya mi nombre, dirección y número de teléfono, a Sanofi, Genzyme, a la atención de: Patient Services, 50 Binney Street, 3rd Floor, Cambridge, MA 02142 o enviando un mensaje por correo electrónico a RBDPatientSolutions@sanofi.com. Sanofi Genzyme se reserva el derecho a rescindir, revocar o enmendar los Programas y a suspender el apoyo en cualquier momento sin previo aviso.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y entiendo la Autorización del programa de apoyo a pacientes y acepto sus términos.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ NOMBRE (EN MAYÚSCULAS): _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PADRE/LA MADRE/TUTOR LEGAL: (OBLIGATORIO PARA LOS PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS)

(FIRMA) (Nombre en mayúsculas) FECHA: _____



AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LOS PROGRAMAS DE AYUDA FINANCIERA (PROGRAMA DE AYUDA A PACIENTES/CON LOS COPAGOS)

Confirmando que mi información personal y de seguro que he indicado en mi formulario de inscripción es exacta.

Si me inscribo en el Programa de Asistencia de coseguro/copago MyAlprolix o MyEloctate (el "Programa de copago")*, reconozco y entiendo que (1) tengo la responsabilidad de pagar cualquier monto de bolsillo superior al máximo del programa; (2) la medicación hospitalaria que no cubra el programa; (3) el Programa de copagos no cubre los costos asociados con la administración del tratamiento, tal como visitas al consultorio, suministros, procedimientos o servicios relacionados con el médico, u otros servicios profesionales; (4) el Programa de copagos pagará el 100% de mi copago elegible, coseguro y otros gastos de bolsillo hasta el máximo del programa; y (5) los pacientes que comiencen a utilizar cobertura médica con financiación gubernamental federal o estatal durante su período de inscripción ya no serán elegibles. Confirmando que mi información personal y de mi seguro en este formulario se han completado de manera precisa. Certifico que no soy beneficiario de ningún programa de atención médica federal o estatal y que el producto de este formulario no está cubierto y no se presentará para reembolso en virtud de ningún programa estatal o federal, incluyendo entre otros, Medicaid, Medicare, VA, DoD, TRICARE o cualquier programa de ayuda farmacéutica estatal. Notificaré de inmediato a Sanofi Genzyme Patient Services si cambia mi estado de seguro. Al firmar esta Autorización para el Programa de copagos, autorizo a Sanofi Genzyme a usar y compartir mi información con mis proveedores de atención médica, proveedores de farmacias especializadas y con mi compañía de seguro con el fin de coordinar mi inscripción y participación en el Programa de copagos.

*No es válido para recetas cubiertas o presentadas para su reembolso en virtud de Medicare, Medicaid, VA, DoD, TRICARE o programas federales o estatales similares, incluyendo cualquier programa de asistencia farmacéutica estatal. No válido cuando lo prohíba la ley. Los ahorros pueden variar dependiendo de los costos de bolsillo de los pacientes. Después del registro, el paciente recibirá todos los detalles del programa.

Si me inscribo en el programa Acceso a Factores ("PAP", por sus siglas en inglés), que proporciona medicamento sin costo alguno a los pacientes que no tienen seguro médico o tienen un seguro insuficiente y cumplen todos los requisitos de elegibilidad del PAP, entiendo que este no es un programa de sustitución. Certifico que toda la información presentada en mi formulario de inscripción, incluida la información sobre los ingresos y cantidad de personas de mi unidad familiar, es completa y precisa. Autorizo a Sanofi Genzyme en virtud de la Ley de Informes Crediticios 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 Sanofi Genzyme puede usar la información derivada de fuentes públicas y otras fuentes para calcular mis ingresos conjuntamente con el proceso de determinación de la elegibilidad, si corresponde. La continuidad en el programa es condicional a la verificación oportuna de los ingresos. Si se solicita, acepto proporcionar a Sanofi Genzyme comprobante de ingresos en un período de treinta (30) días de la solicitud. Confirmando que ningún producto gratuito recibido mediante el PAP se puede presentar para reembolso a ningún pagador, incluyendo Medicare y Medicaid; no se puede vender, comercializar con él ni distribuir para su venta, y certifico que no presentaré ninguna reclamación por productos gratuitos recibidos a través del PAP. También certifico que no tendré en cuenta el producto gratuito recibido mediante el PAP para mis costos reales de bolsillo de cualquier plan de seguro que tenga. Entiendo que este programa no está indicado para inducir a un médico que use o recete el producto presentado en este formulario de inscripción. Notificaré de inmediato a Sanofi Genzyme RBD Patient Services si cambia mi estado de ingresos o seguro.

También autorizo a Sanofi Genzyme y a sus agentes a comunicarse conmigo por correspondencia, teléfono, mensajería de texto al número de teléfono celular que indiqué en el formulario de inscripción (es posible que apliquen tarifas de mensajería y datos), o por correo electrónico en relación con los Programas de ayuda financiera e informarme de los programas de ayuda, tratamientos y terapias disponibles así como de la información relacionada con el seguro. Entiendo que un representante de Sanofi Genzyme se puede comunicar conmigo para el seguimiento de cualquier evento adverso que informe en relación con un producto de Sanofi Genzyme. Entiendo que no estoy obligado a inscribirme en los Programas de ayuda financiera de Sanofi Genzyme RBD Patient Services y que si decido no inscribirme, puedo seguir recibiendo mi medicación tal y como me la ha recetado mi médico. Puede cancelar la inscripción al Programa en cualquier momento escribiendo a Sanofi Genzyme, a la atención de: Patient Services, 50 Binney Street, 3rd Floor, Cambridge, MA 02142, o enviando un mensaje por correo electrónico a: RBDpatientsolutions@sanofi.com. Sanofi Genzyme se reserva el derecho a rescindir, revocar o enmendar los Programas y a suspender el apoyo en cualquier momento sin previo aviso.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ NOMBRE (EN MAYÚSCULAS): _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PADRE/LA MADRE/TUTOR LEGAL: (OBLIGATORIO PARA LOS PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS)

(FIRMA) (Nombre en mayúsculas) FECHA: _____

ACEPTO RECIBIR COMUNICACIONES DE MARKETING RELEVANTES DE SANOFI GENZYME (OPCIONAL)

A Sanofi Genzyme le gustaría comunicarse con usted para ofrecerle más información sobre nuestros programas de asistencia financiera y productos o para llevar a cabo investigaciones de mercado. Debe tener dieciocho años (18) o más para inscribirse. Su información no se venderá a ningún tercero pero se puede proporcionar a las autoridades reguladoras, si fuera necesario.

Autorizo a Sanofi Genzyme a comunicarse conmigo por correspondencia, correo electrónico, fax y/o teléfono, incluyendo llamadas y mensajes de texto (es posible que apliquen tarifas de datos y mensajería) realizados utilizando una voz pregrabada, al(los) número(s) de teléfono indicado(s) en mi formulario de inscripción para que me proporcionen la información solicitada u otra información relacionada y servicios o programas que Sanofi Genzyme ofrezca o patrocine, u otros temas de interés. Entiendo que no estoy obligado a proporcionar este consentimiento como condición para comprar ninguna propiedad, productos o servicios de Sanofi Genzyme y que puedo participar en los Programas si no firmo esta autorización opcional de marketing. Entiendo que puedo tener determinados derechos en virtud de las leyes de privacidad de datos aplicables en relación con mi información personal, incluido el derecho a acceder a la información personal mía en poder de Sanofi Genzyme. Para obtener más información sobre estos derechos, consulte nuestra Política de privacidad global (<https://www.sanofi.com/en/our-responsibility/sanofi-global-privacy-policy>). Para aprender más sobre cómo se usa su información o si decide que ya no quiere recibir información sobre los productos y servicios de Sanofi Genzyme, envíe una carta a Sanofi Genzyme, RBD Patient Services, 50 Binney Street, 3rd Floor, Cambridge, MA 02142.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ NOMBRE (EN MAYÚSCULAS): _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PADRE/LA MADRE/TUTOR LEGAL: (OBLIGATORIO PARA LOS PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS)

(FIRMA) (Nombre en mayúsculas) FECHA: _____

