

## Formulario de inscripción en el Programa Kadmon ASSIST™

### Instrucciones y descripción de los servicios

*Nota: Si necesita información o asistencia adicional, comuníquese con **Kadmon ASSIST** para hacer una evaluación de los servicios que podrían ser necesarios y los pasos requeridos.*

### DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

**Investigación de beneficios:** **Kadmon ASSIST** se comunicará con la compañía de seguros del paciente para obtener información sobre la cobertura, los beneficios para el paciente y los requisitos de autorización previa (PA, por sus siglas en inglés). *Complete las secciones 1 a 3 y 5 a 8 cuando solicite este servicio, y adjunte una copia de la tarjeta del seguro/Medicare/Medicaid del paciente (frente y dorso).*

**Asistencia con la autorización previa:** **Kadmon ASSIST** se comunicará con la compañía de seguros del paciente para recopilar información y los requisitos de PA y hacer un seguimiento del estado de cualquier PA enviada por un profesional médico o una farmacia. *Complete las secciones 1 a 3 y 5 a 8 cuando solicite este servicio.*

**Programa de Inicio Rápido:** El Programa de Inicio Rápido (Quick Start Program) entrega una provisión gratuita para 30 días de REZUROCK® (belumosudil) a los pacientes elegibles que sufran una demora en la decisión de cobertura para su primera receta de REZUROCK. Si se ha denegado una PA presentada, el paciente es elegible para acogerse al Programa de Inicio Rápido tras recibir la denegación de la PA. Se debe proporcionar un comprobante de denegación. *Complete las secciones 1 a 3 y 5 a 8 cuando solicite este servicio.*

**Programa de Asistencia al Paciente (Patient Assistance Program, PAP):** **Kadmon ASSIST** proporcionará medicamentos gratuitos para un máximo de 12 meses a los pacientes elegibles. Se requiere un comprobante de ingresos. *Complete las secciones 1 a 9 cuando solicite este servicio.*

**Programa de Transición:** El Programa de Transición (Programa Bridge) entrega una provisión gratuita de 30 días de REZUROCK a los pacientes elegibles con seguro comercial que se enfrentan a una interrupción de su cobertura de seguro. *Complete las secciones 1 a 3 y 5 a 8 cuando solicite este servicio.*

**Programa de Ahorro en Copagos con Seguro Comercial:** Ahorros de copagos para pacientes elegibles con seguro comercial o privado. *Complete las secciones 1 a 3 y 5 a 8 cuando solicite este servicio.*

**Coordinación de la entrega del producto:** **Kadmon ASSIST** ayudará a identificar una farmacia especializada de la red de REZUROCK y ayudará a coordinar el envío del producto a la dirección preferida.

### INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN

1. Complete todas las secciones que correspondan del formulario de inscripción en el Programa **Kadmon ASSIST**.

2. Asegúrese de que todos los campos de firma del proveedor médico y del paciente que correspondan estén completos.

**a. Los siguientes campos son obligatorios para el paciente:**

- Nombre completo del paciente
- Género del paciente
- Número de teléfono del paciente
- Información del seguro del paciente (si corresponde)
- Fecha de nacimiento del paciente
- Domicilio particular, ciudad, estado y código postal del paciente
- Consentimiento de autorización del paciente
- Consentimiento de certificación del paciente
- Ingresos familiares del paciente (solo corresponde para el PAP, se requiere comprobante de ingresos)
- Cantidad de personas en el hogar del paciente (solo corresponde para el PAP)

**b. Los siguientes campos son obligatorios para el médico prescriptor:**

- Nombre completo del médico prescriptor
- Número de fax del médico prescriptor
- Número de NPI del médico prescriptor
- Código ICD-10 del paciente
- Número de teléfono del médico prescriptor
- Domicilio, ciudad, estado y código postal del médico prescriptor
- Firma y fecha de la declaración del médico prescriptor
- Prescripción del paciente e información clínica

*Nota: Se requiere el consentimiento de autorización del paciente para inscribir al paciente en servicios de programas de apoyo como el PAP, el Programa de Inicio Rápido y el Programa de Transición. Si se reciben la firma y fecha del médico prescriptor, no se requiere el consentimiento de autorización del paciente para avanzar con la investigación de beneficios o la asistencia para la autorización previa, para comunicarse con el médico prescriptor con respecto a los beneficios del paciente ni para transferir una receta a una farmacia especializada.*

3. Envíe por fax el formulario de inscripción en el programa **Kadmon ASSIST** completado y toda la documentación requerida a **Kadmon ASSIST** al **1-833-635-1481**.

**CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE:** La confidencialidad del paciente tiene una importancia primordial para nosotros. Toda la información del paciente será confidencial.

**RECORDATORIO IMPORTANTE:** Asegúrese de que todas las páginas que correspondan del formulario de inscripción en el programa **Kadmon ASSIST** estén completadas y de incluir toda la documentación correspondiente al enviar este formulario. Los formularios incompletos retrasan el proceso de revisión y, en algunos casos, pueden requerir que el profesional médico vuelva a solicitar la inscripción en el o los programas.

**Teléfono:** 1-844-KADMON1 (523-6661) | de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. ET  
Agende este número en su teléfono para saber cuando lo llaman de **Kadmon ASSIST**.

**Fax:** 1-833-635-1481 | PO Box 5266, Louisville, KY 40255



## Formulario de inscripción en el Programa Kadmon ASSIST™

### 1. SERVICIOS SOLICITADOS (Marque todas las opciones que correspondan. Consulte la página 1 para obtener una descripción de los servicios disponibles).

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Investigación de beneficios              | <input type="checkbox"/> Autorización previa/Asistencia con las apelaciones | <input type="checkbox"/> Programa de Inicio Rápido               | <input type="checkbox"/> Programa de Transición |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia al Paciente (PAP) | <input type="checkbox"/> Programa de Ahorro en Copagos con Seguro Comercial | <input type="checkbox"/> Coordinación de la entrega del producto |   |

### 2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente (nombre y apellido):

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):

Género:  Masculino  Femenino  Otro  Prefiere no responder

Domicilio particular:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono del hogar del paciente:

Teléfono móvil del paciente:

Teléfono del trabajo del paciente:

Dirección de correo electrónico del paciente:

Método de contacto preferido:  Teléfono particular  Teléfono móvil  Teléfono del trabajo  Correo electrónico

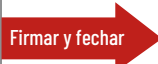
Representante autorizado:

Relación con el paciente:  Es el paciente  Representante autorizado  Cuidador

Teléfono del representante autorizado:

¿El paciente es residente de EE. UU. o de un territorio de EE. UU.?:  Sí  No

Correo electrónico del representante autorizado:

 Firmar y fechar

He leído y acepto la **autorización para usar y entregar información médica** de la **Sección 8**

Firma:

Fecha:

 Firmar y fechar

He leído y acepto las **certificaciones del paciente** de la **Sección 9**

Firma:

Fecha:

### 3. INFORMACIÓN DE SEGURO DEL PACIENTE (Adjunte una copia de la tarjeta del seguro/Medicare/Medicaid del paciente, frente y dorso, si está disponible. Si solicita una provisión a través del Programa de Inicio Rápido porque ya se ha recibido la denegación de la PA, adjunte una copia de la prueba de denegación para acelerar el proceso).

¿El paciente tiene seguro médico?:  Sí  No

Tipo de seguro:  Comercial  Gubernamental  Otro

Proveedor del seguro médico principal:

N.º de identificación:

N.º de grupo:

Nombre del beneficiario/titular de la tarjeta:

Teléfono del seguro:

Proveedor del seguro médico secundario:

N.º de identificación:

N.º de grupo:

Nombre del beneficiario/titular de la tarjeta:

Teléfono del seguro:

Proveedor del seguro de medicamentos recetados:

N.º de identificación:

N.º de grupo:

**Teléfono:** 1-844-KADMON1 (523-6661) | de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. ET  
Agende este número en su teléfono para saber cuando lo llaman de **Kadmon ASSIST**.

**Fax:** 1-833-635-1481 | PO Box 5266, Louisville, KY 40255



## Formulario de inscripción en el Programa Kadmon ASSIST™

### 4. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE (Se requiere solamente si solicita el PAP. Se requiere un comprobante de ingresos).

Situación laboral:  Empleado  Desempleado

Ingreso familiar anual actual: \$

Cantidad de personas en el hogar:

Si no hay ingresos familiares, indique cómo se mantiene el paciente/el hogar:

### 5. INFORMACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR (El contacto del consultorio será el punto de contacto para todas las preguntas relacionadas con el formulario de inscripción en el programa).

Nombre del médico prescriptor (nombre y apellido):

Número de NPI del médico prescriptor:

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono principal:

Teléfono secundario:

Fax:

Número de licencia estatal del médico prescriptor:

Nombre del contacto en el consultorio:

Teléfono de contacto en el consultorio:

Dirección de correo electrónico

Método de contacto preferido:  Teléfono  Fax  Correo electrónico

Nombre del médico supervisor (si se requiere):

Teléfono del médico supervisor (si se requiere):

### 6. INFORMACIÓN CLÍNICA Y DE LA RECETA (Complete toda la información de la receta debajo para evitar cualquier posible retraso).

Nombre del paciente (nombre y apellido):

Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA):

Diagnóstico primario (código ICD-10):

Diagnóstico secundario (código ICD-10):

Medicamentos actuales:

Tratamiento anterior:

Alergias:

Fecha prevista de inicio del tratamiento (MM/DD/AAAA):

Método de distribución preferido:  Paciente  Consultorio del médico prescriptor  Farmacia institucional

Enviar a la dirección:

Farmacia especializada preferida:  Biologics by McKesson  Onco360  Amber Specialty Pharmacy  Sin preferencia  Receta enviada por fax a la farmacia institucional

Nombre de la farmacia institucional/información de contacto: \_\_\_\_\_

**REZUROCK® (belumosudil) comprimidos de 200 mg**

Instrucciones: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ Resurtidos: \_\_\_\_\_

Nombre del médico prescriptor, en imprenta (nombre y apellido):

 Firmar y fechar

Firma del médico prescriptor:

Fecha:

## Formulario de inscripción en el Programa Kadmon ASSIST™

### 7. DECLARACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR (SE REQUIERE LA FIRMA EN LA SECCIÓN 6 DE LA PÁGINA 3)

Certifico que (1) la información incluida en esta solicitud está actualizada y completa y es correcta, a mi leal saber y entender; (2) el tratamiento anterior es médicamente necesario y es lo mejor para el paciente identificado anteriormente, y que supervisaré el tratamiento del paciente en consecuencia; (3) he obtenido los consentimientos requeridos en virtud de cualquier ley federal y estatal para entregar y usar la información médica personal del paciente, que incluye la información médica, del diagnóstico, del tratamiento y del seguro incluida en este formulario, a Sanofi, sus agentes, proveedores de servicios y filiales, que incluyen equipos comerciales y equipos de campo, con el fin de verificar los beneficios y coordinar la prestación del tratamiento, o para ayudar al paciente a iniciar o continuar el tratamiento recetado y/o a evaluar la elegibilidad del paciente para **Kadmon ASSIST** o para otros programas de REZUROCK® (belumusudil), y (4) no buscaré el pago de ningún pagador, paciente u otra fuente por el producto gratuito provisto directamente al paciente. He obtenido el permiso del paciente para inscribirlo en **Kadmon ASSIST** y para que Sanofi lo contacte en relación con esta solicitud. Entiendo que no tengo ninguna obligación de recetar ningún tratamiento de Sanofi ni de participar en **Kadmon ASSIST** y que no he recibido ni recibiré ningún beneficio de Sanofi por recetar un tratamiento de Sanofi. Certifico que soy un residente legal de Estados Unidos (y territorios de EE. UU.). Autorizo a Sanofi y a sus agentes a transmitir a la farmacia dispensante la receta mencionada por cualquier medio permitido en virtud de la ley pertinente.

### 8. AUTORIZACIÓN PARA USAR Y ENTREGAR INFORMACIÓN MÉDICA

#### PACIENTE: LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y LUEGO FIRME Y FECHÉ DONDE SE INDICA EN LA SECCIÓN 2, EN LA PÁGINA 2

Por la presente autorizo a mis profesionales médicos, compañías de seguro médico y proveedores de farmacia a usar y entregar información médica que me identifica individualmente, incluida la información del seguro médico, el diagnóstico y el estado médico, información de medicamentos recetados y mi nombre, dirección y número de teléfono (“mi información”) a Sanofi, sus filiales y agentes y representantes (“Sanofi”), incluidos los equipos comerciales y los equipos de campo de Sanofi y terceros autorizados por Sanofi con los siguientes fines para administrar el programa de apoyo para el paciente de **Kadmon ASSIST**, que incluyen: (1) recopilar, ingresar y mantener mi información médica en una base de datos para reunir información sobre mi experiencia como paciente; (2) verificar la cobertura del seguro, revisar los requisitos de reembolso y coordinar la cobertura de REZUROCK; (3) determinar la elegibilidad para las ofertas del programa, incluidas la asistencia con los copagos, medicamentos gratuitos u otros servicios de asistencia financiera, o para derivarme a otros programas o fuentes de financiamiento; (4) contactarme para ofrecerme servicios de educación, información y apoyo relacionados con REZUROCK; (5) contactarme para llevar a cabo investigaciones de mercado y evaluar el servicio al cliente de **Kadmon ASSIST** y brindar servicios de apoyo para el tratamiento diseñados para personas a las que les recetaron REZUROCK; (6) realizar análisis de datos con datos anonimizados agrupados para evaluar la eficiencia del programa, y contactarme en relación con oportunidades para participar en investigaciones relacionadas con REZUROCK; (7) proporcionarme apoyo continuo con el tratamiento, lo que incluye comunicaciones con profesionales médicos o proveedores de servicios. Todo el apoyo relacionado con medicamentos recetados se limita a productos de Sanofi.

Una vez que mi información se haya entregado a Sanofi, entiendo que las leyes federales de privacidad tal vez ya no la protejan para evitar que se entreguen a terceros. Sin embargo, entiendo también que Sanofi ha aceptado proteger mi información usando medidas razonables y entregándola exclusivamente con los fines permitidos por mí en la Autorización o de otra forma requerida por la ley. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización firmada y que puedo revocar (retirar) esta Autorización en cualquier momento enviando por fax una solicitud por escrito firmada a **Kadmon ASSIST** al 833-635-1481 o enviando esa solicitud por correo a **Kadmon ASSIST**, PO Box 5266, Louisville, KY 40255. **Kadmon ASSIST** dejará de solicitar la entrega de mi información médica por parte de mis profesionales médicos y compañías de seguro médico una vez que haya recibido y procesado mi revocación. Sin embargo, la revocación de esta Autorización no afectará ningún uso o entrega de la información médica que ya haya tenido lugar con base en mi Autorización.

Si revoco esta Autorización, ya no podré recibir servicios de apoyo de **Kadmon ASSIST**. Esta Autorización será válida por dieciocho (18) meses a partir de la fecha indicada junto a mi firma en la sección 2 de la página 2, a menos que la revoque antes mediante una solicitud por escrito o si la ley estatal la considera válida por un plazo menor. PROFESIONALES MÉDICOS DE MARYLAND, en virtud del Código de Md. HG § 4-303(b)(4), esta autorización vence UN AÑO después de la firma de la página 3. Entiendo que no tengo la obligación de firmar esta Autorización para obtener tratamiento o beneficios de atención médica; sin embargo, para recibir los servicios y comunicaciones descritos anteriormente, debo firmar la Autorización. La ley federal (incluida la HIPAA) requiere una autorización firmada para que **Kadmon ASSIST** recopile esta información de mis profesionales médicos. Entiendo que mi farmacia, aseguradoras médicas y proveedores externos pueden recibir una remuneración (pago) de parte de **Kadmon ASSIST** y de Sanofi o sus filiales a cambio de prestarme servicios de apoyo, y que compartir mi información médica ayuda a facilitar los servicios de apoyo que recibiré.

### 9. CERTIFICACIONES DEL PACIENTE

#### PACIENTE: LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y LUEGO FIRME Y FECHÉ DONDE SE INDICA EN LA SECCIÓN 2, EN LA PÁGINA 2

Me estoy inscribiendo en el Programa de Apoyo para el Paciente de **Kadmon ASSIST** (el “Programa”) y autorizo a Sanofi y a sus filiales y agentes a prestarme servicios en virtud del Programa, como se describe en el formulario de inscripción en el Programa y según lo que se pueda añadir en el futuro. Dichos servicios incluyen comunicaciones y apoyo en relación con los medicamentos y el cumplimiento del tratamiento, apoyo con la entrega de medicamentos, apoyo con la cobertura y asistencia financiera, información sobre la enfermedad y los medicamentos y otros servicios de apoyo (los “Servicios”).

**Kadmon ASSIST** es un programa de apoyo para el paciente que ayuda a obtener acceso a REZUROCK y brinda a los pacientes educación y recursos relacionados con REZUROCK.

En caso de inscribirme en el Programa de Ahorros en Copagos de **Kadmon ASSIST**, entiendo que la información de la tarjeta de copagos se enviará a mi farmacia especializada designada junto con mi receta y que cualquier asistencia con los costos compartidos o copagos aplicables por REZUROCK será de conformidad con los términos y condiciones del Programa.

Autorizo a **Kadmon ASSIST** a verificar mi elegibilidad para el Programa de Asistencia para el Paciente de **Kadmon ASSIST**, y entiendo que dicha verificación puede incluir contactarme o contactar a mi profesional médico, seguro o mi información médica. Autorizo a **Kadmon ASSIST**, en virtud de la Ley de Información Crediticia Imparcial, a usar mis datos demográficos para acceder a informes sobre mi historial de crédito individual de agencias de informes de consumidores. Entiendo que, si lo solicito, **Kadmon ASSIST** me informará si se solicitó un informe de consumidor individual y me dirá el nombre y la dirección de la agencia que lo proporcionó. También entiendo y autorizo el uso por parte de **Kadmon ASSIST** de cualquier informe de consumidor sobre mí, y de la información recopilada sobre mí, junto con otra información que obtengan de fuentes públicas o de otro tipo, para calcular mis ingresos junto con el proceso de determinación de la elegibilidad para el Programa de Asistencia para el Paciente, si corresponde. Entiendo también que

Continúa en la página que sigue ▶

**Teléfono:** 1-844-KADMON1 (523-6661) | de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. ET  
Agende este número en su teléfono para saber cuando lo llaman de **Kadmon ASSIST**.

**Fax:** 1-833-635-1481 | PO Box 5266, Louisville, KY 40255

## Formulario de inscripción en el Programa Kadmon ASSIST™



### 9. CERTIFICACIONES DEL PACIENTE (continuación)

ningún producto gratuito puede presentarse para su reembolso a ningún pagador, incluidos Medicare y Medicaid, y que ningún producto gratuito puede venderse, intercambiarse o distribuirse para la venta. Si me aprueban para el Programa de Asistencia para el Paciente de **Kadmon ASSIST**, no intentaré que el valor de los medicamentos que me proporcionen en virtud de este programa se tomen en cuenta como verdaderos costos de mi bolsillo ("true-out-of-pocket", TrOOP) por medicamentos recetados para mi plan Medicare Parte D. La continuación en el Programa de Asistencia para el Paciente de **Kadmon ASSIST** está sujeta a la verificación oportuna de mis ingresos. Además, acepto notificar a **Kadmon ASSIST** si mi situación en relación con el seguro cambia.

Los pacientes cuyos beneficios de seguro médico incluyan el uso de un programa de financiamiento alternativo no son elegibles para el Programa de Asistencia para el Paciente/ medicamento gratuito debido a necesidad de **Kadmon ASSIST**. Los pacientes con planes de seguro o empleadores registrados con esos proveedores de financiamiento alternativo no tendrán cobertura para medicamentos especializados identificados en una lista determinada por el proveedor de financiamiento alternativo y deberán solicitar la inscripción en un programa de asistencia para el paciente del fabricante o buscar cobertura de medicamentos especializados a través del programa de financiamiento alternativo para obtener dichos medicamentos especializados, incluidos los productos de Sanofi. Acepto informar al equipo del Programa de Asistencia para el Paciente de **Kadmon ASSIST** si soy miembro de un plan de seguro de ese tipo o si solicito el Programa de Asistencia para el Paciente de **Kadmon ASSIST** en nombre de un paciente que es miembro de un plan de seguro de ese tipo. Además, el equipo del Programa de Asistencia para el Paciente de **Kadmon ASSIST** puede tomar medidas adicionales para verificar la necesidad del programa de asistencia para el paciente. Por lo tanto, si solicito el Programa de Asistencia para el Paciente de **Kadmon ASSIST** para mí o en nombre de un paciente, autorizo al equipo del Programa de Asistencia para el Paciente de **Kadmon ASSIST** a comunicarse conmigo/con el empleador del paciente, con la aseguradora y con otros terceros (como administradores de beneficios de farmacia y sus socios afiliados) para verificar el diseño y la cobertura de los beneficios para medicamentos recetados.

Autorizo a **Kadmon ASSIST** a contactarme por correo, teléfono o correo electrónico para brindarme información sobre el Programa, el estado de la enfermedad y productos, promociones, servicios y estudios de investigación, y para pedir mi opinión sobre dicha información y dichos temas, incluidas investigaciones de mercado y encuestas relacionadas con la enfermedad (en conjunto, las "Comunicaciones"). Entiendo que Sanofi puede contactarme en caso de que informe un evento adverso. Entiendo que no tengo la obligación de inscribirme en el Programa ni de recibir Comunicaciones, y que aun así puedo recibir REZUROCK® (belumosudil), según lo recetado por mi profesional médico. Puedo optar por dejar de recibir Comunicaciones y servicios de apoyo individual ofrecidos por el Programa, incluida la tarjeta de copagos de **Kadmon ASSIST** o puedo optar por dejar el Programa en su totalidad en cualquier momento notificando a **Kadmon ASSIST** por teléfono al 1-844-523-6661 o enviando una carta a **Kadmon ASSIST**, PO Box 5266, Louisville, KY 40255. Entiendo también que los servicios pueden ser modificados, modificados o finalizados en cualquier momento.

Envíe el formulario completado por fax al **1-833-635-1481**. Para ver los detalles completos del programa, visite **KadmonASSIST.com** o llame al **1-844-KADMON1 (523-6661)**.

**Haga clic [aquí](#) para ver la información de prescripción completa o visite [REZUROCK.com](#).**