

Después de la inscripción, LIBTAYO Surround realizará una **investigación de 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 necesiten ayuda con los gastos de bolsillo de LIBTAYO.

SECCIÓN 1 | Información del paciente (se puede adjuntar la información de contacto del paciente)

* = CAMPO OBLIGATORIO

Nombre* _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido* _____
 Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro _____ Fecha de nacimiento* _____ Correo electrónico _____
 Dirección* _____ Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____
 Tel. celular* _____ ☐ Tel. preferido ¿Se puede dejar un mensaje detallado? ☐ Sí ☐ No Mejor hora para llamar _____ ☐ A.M. ☐ P.M.
 Tel. de casa _____ ☐ Tel. preferido ¿Se puede dejar un mensaje detallado? ☐ Sí ☐ No Mejor hora para llamar _____ ☐ A.M. ☐ P.M.
 Idioma preferido del paciente (si no es inglés) _____ Nombre del contacto alternativo/cuidador _____ Tel. del contacto alternativo/cuidador _____

Autorización de la HIPAA

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

Relación con el paciente (si firma alguien que no sea el paciente, describa su autoridad para firmar en su nombre)

Inscripción en los servicios del programa LIBTAYO Surround

He leído y acepto inscribirme en los servicios del programa LIBTAYO Surround y en la Certificación del paciente incluida en la Sección 9 incluyendo, si corresponde, que Regeneron pueda acceder a mi historial individual de crédito en las principales agencias de informes.

Firma

Firma del paciente/representante legal

DD / MM / AAAA

Consentimiento para recopilar información con fines comerciales (opcional)

Lea el *Consentimiento para recopilar información con fines comerciales* en la página 5 y marque la casilla a continuación si da su consentimiento.

☐ Acepto

Consentimiento para divulgar información con fines comerciales (opcional)

Lea el *Consentimiento para divulgar información con fines comerciales* en la página 6 y luego marque la casilla a continuación si da su consentimiento.

☐ Acepto

¿Acepta el envío de mensajes de texto? ☐ Sí ☐ No

(Al marcar "Sí", reconozco que he leído el Consentimiento de mensajes de texto en la Sección 9 y doy mi consentimiento expreso para recibir mensajes de texto por parte del Programa o en su nombre).

Para más información sobre las prácticas de privacidad de Regeneron, lea su política de privacidad, disponible en [regeneron.com/privacy-policy](https://www.regeneron.com/privacy-policy)

SECCIÓN 2 | Información sobre el seguro del paciente

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

Seguro primario

Nombre del seguro primario _____

Teléfono del seguro primario _____

Nombre del titular de la póliza _____

Número de la póliza _____

Número de grupo _____

Relación del titular de la póliza con el paciente _____

Seguro secundario

Nombre del seguro secundario _____

Teléfono del seguro secundario _____

Nombre del titular de la póliza _____

Número de la póliza _____

Número de grupo _____

Relación del titular de la póliza con el paciente _____

SECCIÓN 3 | Información financiera (debe completarse en caso de solicitudes para el Programa de Ayuda al Paciente [PAP])

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

¿Cuál es su ingreso familiar anual total?¹ _____

¹Sueldo/salario, ingresos del Seguro Social, beneficios del seguro de desempleo, ingresos por discapacidad, cualquier otro ingreso del hogar.

Consulte la **información de cobertura de farmacia completa** para LIBTAYO, disponible en [LIBTAYOhcp.com](https://www.LIBTAYOhcp.com).

Complete las páginas 1 y 2 y envíelas por fax a LIBTAYO Surround al **1.833.853.8362** o cárguelas a través de Docu-Send en [DocuSend.org](https://www.DocuSend.org).

Nombre del paciente* _____ Fecha de nacimiento* _____

Nombre del médico que prescribe _____ Núm. de NPI _____

¿Solicitar a LIBTAYO Surround que realice una evaluación para el PAP? ☐ Sí ☐ No

SECCIÓN 4 | Información del médico que prescribe

Nombre del consultorio/centro médico* _____ Nombre del contacto del consultorio principal* _____

Teléfono* _____ Fax* _____ Correo electrónico _____

Dirección* _____ Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____

Nombre del médico* _____ Identificador nacional de proveedor (NPI) del médico* _____

Identificación fiscal del médico* _____ Núm. de DEA del médico _____ Médico colaborador (si corresponde) _____

Lugar del servicio* ☐ Consultorio médico ☐ Atención ambulatoria ☐ Atención intrahospitalaria ☐ Otro _____

NPI del centro de atención* _____ Identificación fiscal del centro de atención* _____

Nombre del consultorio/centro de atención (si es diferente al nombre del consultorio/centro médico indicado arriba) _____

SECCIÓN 5 | Información de tratamiento

(Los profesionales que prescriben medicamentos en Nueva York deben enviar la receta mediante eRX, orden verbal o receta serializada para que la receta sea válida)

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

SECCIÓN 6 | Diagnóstico

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

SECCIÓN 7 | Sólo para pacientes con CPCNP avanzado

Marcar uno:

☐ LIBTAYO se prescribirá como monoterapia según una indicación aprobada por la FDA ☐ 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 8 | Certificación del médico

Debe estar firmado por el médico para todas las presentaciones del Formulario de inscripción, incluidos el Portal del proveedor y la inscripción digital.

Mi firma certifica que la persona nombrada en este formulario es mi paciente; que la información en este formulario, 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 del programa LIBTAYO Surround, y autorizo que LIBTAYO Surround verifique la cobertura de seguro de mi paciente; a evaluar, si corresponde, la elegibilidad de mi paciente para la asistencia al paciente y otros programas de apoyo; y a administrar de otro modo LIBTAYO Surround para el paciente, incluida 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. Además, certifico que conservaré en mis archivos el formulario de inscripción completo firmado por el paciente y que, si se me solicita, proporcionaré de inmediato una copia de este formulario de inscripción firmado por el paciente en archivo a LIBTAYO Surround.

Certifico que el LIBTAYO recibido sin cargo del PAP de LIBTAYO Surround en respuesta a esta solicitud, si la hubiera, se utilizará exclusivamente para el paciente nombrado en este formulario. También certifico que no se presentará ninguna solicitud de reembolso por el producto gratuito ni por los procedimientos y servicios médicos relacionados con ningún pagador, incluidos Medicare y Medicaid; y que ningún producto gratuito podrá venderse, comercializarse, intercambiarse o distribuirse para la venta y, de lo contrario, cumplirá con los términos y condiciones del PAP de LIBTAYO Surround. Entiendo que cualquier producto gratuito distribuido a través del PAP de LIBTAYO Surround no está sujeto 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, cambiar o finalizar cualquier servicio del programa en cualquier momento sin previo aviso.

En relación con mi participación en el Programa de copago comercial de LIBTAYO Surround, por la presente declaro y garantizo que: a) He verificado que el paciente no tiene cobertura para LIBTAYO en virtud de ningún programa de atención médica financiado por el estado o el gobierno federal y tiene cobertura para LIBTAYO en virtud de un plan de seguro comercial o privado y que está recibiendo LIBTAYO para una indicación aprobada por la FDA; b) la participación en el Programa de copago comercial de LIBTAYO Surround no es inconsistente con las leyes y reglamentaciones aplicables a mi práctica médica o con cualquier contrato o acuerdo con cualquier tercero pagador al que presentaré una factura o reclamo de reembolso de LIBTAYO administrado al paciente; c) Cumpliré con las obligaciones aplicables, si las hubiera, de revelar la aceptación de dicho pago a los pagadores correspondientes; y d) la factura o reclamo que presento a la aseguradora o al paciente para el pago es independiente de cualquier factura o reclamo ajeno al producto y a la administración o a cualquier otro artículo o servicio proporcionado al paciente.

Firma

DD / MM / AAAA

Se requiere firma manuscrita; no se aceptan firmas estampadas.*

Consulte la **información de cobertura de farmacia** completa para LIBTAYO, disponible en **LIBTAYOhcp.com**.

Complete las páginas 1 y 2 y envíelas por fax a LIBTAYO Surround al 1.833.853.8362 o cárguelas a través de Docu-Send en **DocuSend.org**.

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 estoy inscribiendo en el Programa LIBTAYO Surround y autorizo a Regeneron Pharmaceuticals, Inc., y a sus filiales, representantes, agentes y contratistas (en conjunto, "Regeneron") a brindarme asistencia, tal y como se describe en el Formulario de inscripción al programa, como apoyo de cobertura y reembolso, asistencia financiera, educación y otros programas de apoyo (el "Programa"). Acepto que Regeneron pueda verificar mi elegibilidad para el Programa, y entiendo que dicha verificación puede incluir comunicarse conmigo o con mis proveedores de atención médica para obtener información adicional y/o revisar información financiera, de seguros y/o médica adicional. Verifico que la información de este formulario y otros documentos de ayuda están completos y son exactos a mi leal saber y entender.

Acepto mi inscripción en el Programa de copago comercial LIBTAYO Surround si se confirma mi elegibilidad y comprendo que cualquier ayuda con mi costo compartido o copago correspondiente para LIBTAYO se realizará de acuerdo con los términos y condiciones del programa. Entiendo que los pacientes que están inscritos en cualquier programa de atención médica federal, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, TRICARE y Asuntos de Veteranos, no son elegibles para participar en el Programa de Copago Comercial LIBTAYO Surround. Entiendo que el Programa de Copago Comercial de LIBTAYO Surround no es un seguro médico.

Los pacientes **no son elegibles** para el Programa de asistencia al paciente (PAP) de LIBTAYO Surround/medicamento gratuito basado en la necesidad si su empleador, plan de seguro, pagador o administrador externo participa en un programa de financiación alternativo y les exige que (i) soliciten el PAP de LIBTAYO Surround como condición de, requisito o prerrequisito para la cobertura de los productos Regeneron pertinentes, y/o (ii) niegen, restrinjan, eliminen, retrasen, alteren o retengan cualquier beneficio o cobertura del seguro, contingente a la solicitud, aprobación o denegación de la elegibilidad para un programa de apoyo al paciente del fabricante como el PAP de LIBTAYO Surround. Yo (o mi representante legalmente autorizado o tutor) solicito ayuda del PAP de LIBTAYO Surround de manera voluntaria. Mi plan de seguro, empleador, pagador ni ningún otro administrador externo me han indicado que busque ayuda del PAP de LIBTAYO Surround, y acepto informar al equipo del PAP de LIBTAYO Surround si mi plan de seguro, empleador, pagador o cualquier otro administrador externo me solicita que solicite ayuda del PAP de LIBTAYO Surround.

Consulte la **información de cobertura de farmacia** completa para LIBTAYO, disponible en LIBTAYOhcp.com.

Complete las páginas 1 y 2 y envíelas **por fax** a LIBTAYO Surround al **1.833.853.8362** o **cárguelas** a través de Docu-Send en **DocuSend.org**.

SECCIÓN 9 | Certificaciones del paciente (Cont.)

Además, reconozco que el equipo del PAP de LIBTAYO Surround puede tomar medidas adicionales para verificar mi elegibilidad para el PAP/medicamento gratuito basado en la necesidad. Por lo tanto, si solicito el PAP de LIBTAYO Surround para mí o en nombre de un paciente, autorizo al PAP de LIBTAYO Surround a comunicarse con mi empleador/ el empleador del paciente, la aseguradora y otros terceros (como administradores de beneficios de farmacia y sus socios afiliados) para verificar el diseño y la cobertura de los beneficios de prescripción. Si posteriormente me entero de que mi plan de seguro, mi empleador, mi pagador y/u otro administrador externo utiliza un programa de financiación alternativo, acepto informar al equipo del PAP de LIBTAYO Surround de inmediato y comprendo que ya no seré elegible para recibir ayuda.

Para calificar para el PAP de LIBTAYO Surround, entiendo que debo cumplir con ciertos requisitos de ingresos y otros requisitos de elegibilidad. LIBTAYO Surround puede solicitar un comprobante de ingresos en cualquier momento con fines de auditoría/verificación. Si se requiriera, 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 utilizar mi número de Seguro Social y/o información demográfica adicional para acceder a informes sobre mi historial crediticio individual de las agencias de informes del consumidor con el fin de determinar mi elegibilidad de ingresos para el PAP. 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, comprendo y autorizo a Regeneron 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, incluido el uso de terceros para realizar servicios que puedan mejorar el procesamiento transfronterizo de mis datos personales fuera de los EE. UU., para estimar mis ingresos junto con el proceso de determinación de elegibilidad del PAP.

Consulte la **información de cobertura de farmacia** completa para LIBTAYO, disponible en LIBTAYOhcp.com.

Complete las páginas 1 y 2 y envíelas **por fax** a LIBTAYO Surround al **1.833.853.8362** o **cárguelas** a través de Docu-Send en **DocuSend.org**.

© 2026 Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados.
USLIB.25.11.0022 01/26

SECCIÓN 9 | Certificaciones del paciente (Cont.)

Si solicito el PAP, confirmo mi aceptación de las condiciones establecidas. Si me aprueban para el PAP o si, por otra parte, recibo un producto sin costo bajo el Programa, certifico que ni yo ni nadie que actúe en mi nombre buscará el reembolso de cualquier asegurador o pagador de terceros por el producto que reciba sin costo mientras esté inscrito en el Programa. Si estoy inscrito en un Plan de medicamentos con receta de Medicare, reconozco que el valor de cualquier producto gratuito que reciba no se puede contar para mis gastos reales de bolsillo (TrOOP, por sus siglas en inglés) y que Regeneron notificará a mi plan la ayuda recibida a través del PAP.

Entiendo que no tengo que inscribirme en el Programa, y que puedo seguir recibiendo LIBTAYO, según lo recetado por mis proveedores de atención médica y el personal. La participación en el Programa no me obliga a utilizar ningún proveedor de atención médica específico y soy libre de cambiar de proveedor en cualquier momento. Puedo optar por no recibir el apoyo individual ofrecido por el Programa, incluido el Programa de Copago Comercial de LIBTAYO Surround, o cancelar mi participación en el Programa por completo en cualquier momento notificando a un representante del Programa: llamando al 1.877.542.8296; enviando una carta a LIBTAYO Surround, PO Box 220262, Charlotte, NC 28211-0262; enviando un fax al 1.833.853.8362; o enviando un correo electrónico a unsubscribe@regeneron.com. También entiendo que debo informar al Programa si cambia mi situación financiera, mi seguro o cualquier otro criterio de elegibilidad. También entiendo que el Programa puede ser revisado, modificado o finalizado, total o parcialmente, en cualquier momento y sin previo aviso.

Consentimiento para recopilar información con fines comerciales

Autorizo a Regeneron a recopilar mi Información Médica para comunicarse conmigo con fines de comercialización de otros productos y servicios de Regeneron. Entiendo que no se requiere mi consentimiento para obtener mi Información Médica con estos fines comerciales, y que puedo inscribirme en el Programa, incluso si no doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de comercialización sobre otros productos y servicios de Regeneron. Si doy mi consentimiento, tengo derecho a retirarlo en cualquier momento.

Consulte la **información de cobertura de farmacia** completa para LIBTAYO, disponible en LIBTAYOhcp.com.

Complete las páginas 1 y 2 y envíelas **por fax** a LIBTAYO Surround al **1.833.853.8362** o **cárguelas** a través de Docu-Send en **DocuSend.org**.

© 2026 Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados.
 USLIB.25.11.0022 01/26

SECCIÓN 9 | Certificaciones del paciente (Cont.)**Consentimiento para divulgar información con fines comerciales**

Autorizo a Regeneron a divulgar mi Información Médica para comunicarse conmigo con fines de comercialización de otros productos y servicios de Regeneron. Entiendo que no se requiere mi consentimiento para la divulgación de mi Información Médica para estos fines comerciales, y que aún puedo inscribirme en el Programa incluso si no doy mi consentimiento para divulgar mi Información Médica para recibir comunicaciones de comercialización sobre otros productos y servicios de Regeneron. Si doy mi consentimiento, tengo derecho a retirarlo en cualquier momento.

Retiro del consentimiento

Puede retirar su consentimiento a cualquiera de los puntos anteriores notificando a un representante del Programa: llamando al 1.877.542.8296; enviando una carta a LIBTAYO Surround, PO Box 220262, Charlotte, NC 28211-0262; enviando un fax al 1.833.853.8362; o enviando un correo electrónico a unsubscribe@regeneron.com.

Consentimiento para mensajes de texto y llamadas

Reconozco que al marcar la casilla de Consentimiento para mensajes de texto/ llamadas en la página 1, autorizo además a Regeneron a comunicarse conmigo por teléfono o mensaje de texto/SMS al número de teléfono que he proporcionado, para brindarme recursos y servicios relacionados con LIBTAYO o el Programa, y para enviarme comunicaciones de comercialización. 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, STOP al 59179, y que al enviar HELP al mismo número, 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 ESTAS COMUNICACIONES PUEDEN UTILIZAR MENSAJES PREGRABADOS O DE VOZ ARTIFICIAL O UN SISTEMA AUTOMATIZADO. TAMBIÉN ENTIENDO NO SE REQUIERE MI CONSENTIMIENTO COMO CONDICIÓN PARA COMPRAR NINGÚN BIEN O SERVICIO DE REGENERON O SUS AFILIADOS.**

Puede conservar una copia de este formulario para sus registros.

Consulte la **información de cobertura de farmacia** completa para LIBTAYO, disponible en LIBTAYOhcp.com.

Complete las páginas 1 y 2 y envíelas por fax a LIBTAYO Surround al 1.833.853.8362 o cárguelas a través de Docu-Send en DocuSend.org.

© 2026 Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados.
USLIB.25.11.0022 01/26

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 al 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 asistencia al paciente y otros programas de apoyo (en conjunto, "Programa LIBTAYO Surround");
- Hacer funcionar y gestionar el Programa LIBTAYO Surround, incluso para comunicarse conmigo sobre el Programa LIBTAYO Surround y mi participación en el Programa LIBTAYO Surround, y para evaluar y mejorar el Programa LIBTAYO Surround y los servicios asociados proporcionados;
- Investigar los beneficios de la cobertura de mi seguro médico;
- Obtener la autorización previa para la cobertura/el reembolso;
- Ayudar con las apelaciones de los reclamos denegados de cobertura/reembolso; y
- Para 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) y fundaciones de beneficencia, que pudieran estar disponibles para proporcionarme ayuda con el costo de mis medicamentos.

Entiendo y acepto que mis proveedores de atención médica, aseguradoras médicas y farmacias especializadas pueden recibir una remuneración de Regeneron a cambio de revelar mi información a Regeneron o por proporcionarme servicios de apoyo en relación con LIBTAYO o el Programa LIBTAYO Surround.

Una vez que Mi información se haya divulgado a Regeneron, entiendo que 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 previstos en esta Autorización o según lo exija la ley. Entiendo que Regeneron puede contactarme en caso de que yo informe alguna reacción adversa.

Consulte la **información de cobertura de farmacia completa** para LIBTAYO, disponible en **LIBTAYOhcp.com**.

Complete las páginas 1 y 2 y envíelas **por fax** a LIBTAYO Surround al **1.833.853.8362** o **cárguelas** a través de Docu-Send en **DocuSend.org**.

© 2026 Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados.
USLIB.25.11.0022 01/26

SECCIÓN 10 | Autorización para divulgar o usar información médica (Cont.)

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, fax o 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 LIBTAYO Surround, sujeto a la ley aplicable, a menos que la retire antes. Comprendo que puedo solicitar una copia de esta Autorización.

Puede conservar una copia de este formulario para sus registros.

Para cualquier pregunta o inquietud, o para informar sobre los efectos secundarios con un producto de Regeneron mientras esté inscrito en **LIBTAYO Surround**, comuníquese con nosotros a través del **1.877.LIBTAYO** (1.877.542.8296) **Opción 1**, de lunes a viernes, de 8 A. M. a 8 P. M. hora del este.

Consulte la **información de cobertura de farmacia completa** para LIBTAYO, disponible en LIBTAYOhcp.com.

Complete las páginas 1 y 2 y **envíelas por fax** a LIBTAYO Surround al **1.833.853.8362** o **cárguelas** a través de Docu-Send en DocuSend.org.

REGENERON®

© 2026 Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados.
USLIB.25.11.0022 01/26