

Después de la inscripción, LYNOZYFIC Surround realizará una **investigación de beneficios**; proporcionará **autorización previa y apoyo a las apelaciones para LYNOZYFIC**, si es necesario; y **explorará opciones de asistencia financiera** para pacientes elegibles que necesiten ayuda con los gastos de bolsillo de LYNOZYFIC.

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

* = CAMPO OBLIGATORIO

Nombre* _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido* _____
 Género ☐ 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/usar información médica en la Sección 8.

Firmar

Firma del paciente/representante legal

MM / DD / AAAA

Relación con el paciente (Si firma otra persona que no sea el paciente, describa su autoridad para firmar en nombre del paciente)

Inscripción en los servicios del programa LYNOZYFIC Surround

He leído y acepto inscribirme en los servicios del programa LYNOZYFIC Surround y en la Certificación del paciente incluida en la Sección 7, incluyendo, si corresponde, que Regeneron pueda acceder a mi historial individual de crédito en las principales agencias de informes.

Firmar

Firma del paciente/representante legal

MM / DD / AAAA

Consentimiento para recopilar información con fines de comercialización (opcional)

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

☐ Acepto

Consentimiento para divulgar información con fines de comercialización (opcional)

Lea el Consentimiento para divulgar información con fines de comercialización 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 7 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

SECCIÓN 2 Información del seguro del paciente

¿El/la 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 asegurado 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 asegurado con el paciente _____

SECCIÓN 3 Información financiera (debe completarse para las solicitudes del Programa de ayuda al paciente [PAP])

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____ ¿Cuál es su ingreso familiar anual total?*

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

Consulte la **información completa sobre la prescripción**, incluida la **ADVERTENCIA en recuadro, para LYNOZYFIC**, disponible en LYNOZYFIChcp.com.

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

Nombre del paciente* _____ Fecha de nacimiento* _____

Nombre de la persona que receta _____ Identificador Nacional de Proveedor (NPI) _____

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

SECCIÓN 4 Información del médico que receta

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

Teléfono* _____ Fax* _____ Correo electrónico _____

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

Nombre del médico* _____ NPI del médico* _____

Núm. de 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 del tratamiento (Las personas que recetan de Nueva York deben enviar la receta mediante eRx, orden verbal o receta serializada para que la receta sea válida)

Receta: Inyección de LYNOZYFIC® (linvoseltamab-gcpt) (5 mg o 200 mg)

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

¿El paciente aún no ha recibido la terapia con LYNOZYFIC? ☐ Sí ☐ No

Dosis escalonada 1 (5 mg):

SIG: Administrar 5 mg como una infusión de 4 horas en la semana 1, día 1

Dosis escalonada 2 (25 mg):

SIG: Administrar 25 mg como una infusión de 4 horas en la semana 2, día 8.

Dispensar: 5 viales de dosis única de 5 mg/2.5 ml (2 mg/ml)

☐ Ciclos 1-3 (dosis completa, 200 mg):

SIG: Administrar 200 mg como una infusión de 4 horas* semanalmente (con al menos 5 días de diferencia) durante 12 dosis

☐ Ciclos 4-5 (dosis completa, 200 mg):

SIG: Administrar 200 mg* cada dos semanas (2 semanas a partir de la dosis semanal anterior) durante 5 dosis

(La información del ciclo se puede encontrar en la información de prescripción en LYNOZYFIChcp.com.)

☐ **Mantenimiento quincenal (dosis completa, 200 mg)—para tratamiento continuo[‡] con <VGPR:**

SIG: Administrar 200 mg* cada dos semanas

Recargas (hasta 12 meses, a menos que se especifique): _____

☐ **Mantenimiento mensual (dosis completa, 200 mg)—para tratamiento continuo[‡] con ≥VGPR y haber recibido al menos 17 dosis de 200 mg:**

SIG: Administrar 200 mg* cada 4 semanas

Recargas (hasta 12 meses, a menos que se especifique): _____

*Administrar la primera dosis de 200 mg como una infusión de 4 horas. Si se tolera, el tiempo de infusión se puede reducir a 1 hora para la siguiente dosis y luego a 30 minutos para todas las dosis siguientes.

[‡]Administrar durante el tiempo de infusión previamente tolerado (durante un mínimo de 30 minutos).

[‡]Continuar el tratamiento hasta la progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable.

eRx=receta electrónica; FDA=Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU.; ICD-10-CM=Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión, Modificación Clínica; VGPR=muy buena respuesta parcial.

SECCIÓN 6 Certificación del médico que receta

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 LYNOZYFIC 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 LYNOZYFIC Surround, y autorizo a LYNOZYFIC Surround a verificar 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 LYNOZYFIC Surround para el paciente, incluida la facilitación de la inscripción en el Programa LYNOZYFIC Surround. Certifico que he obtenido la autorización por escrito de mi paciente de conformidad con la ley federal y estatal aplicable, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 y sus reglamentos de implementación, para proporcionar la información médica individualmente identificable en este formulario a programas de apoyo de reembolso, tales como LYNOZYFIC Surround 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 LYNOZYFIC Surround.

Certifico que el LYNOZYFIC recibido sin cargo del PAP de LYNOZYFIC 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 LYNOZYFIC Surround. Entiendo que cualquier producto gratuito distribuido a través del PAP de LYNOZYFIC Surround no está sujeto a ninguna obligación de compra. Doy mi consentimiento para que LYNOZYFIC Surround se comunice conmigo por fax, correo postal o correo electrónico para brindarme información adicional sobre LYNOZYFIC o LYNOZYFIC 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 LYNOZYFIC Surround, por la presente declaro y garantizo que: a) He verificado que el paciente no tiene cobertura para LYNOZYFIC en virtud de ningún programa de atención médica financiado por el estado o el gobierno federal y tiene cobertura para LYNOZYFIC en virtud de un plan de seguro comercial o privado y que está recibiendo LYNOZYFIC para una indicación aprobada por la FDA; b) la participación en el Programa de copago comercial de LYNOZYFIC 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 LYNOZYFIC 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.

Firmar

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

MM / DD / AAAA

Consulte la información completa sobre la prescripción, incluida la ADVERTENCIA en recuadro, para LYNOZYFIC, disponible en LYNOZYFIChcp.com.

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

SECCIÓN 7

Certificaciones del paciente

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

Me estoy inscribiendo en el Programa LYNOZYFIC 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 LYNOZYFIC Surround si se confirma mi elegibilidad y comprendo que cualquier ayuda con mi costo compartido o copago correspondiente para LYNOZYFIC 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 LYNOZYFIC Surround. Entiendo que el Programa de Copago Comercial de LYNOZYFIC Surround no es un seguro médico.

Los pacientes **no son elegibles** para el Programa de asistencia al paciente (PAP) de LYNOZYFIC 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 LYNOZYFIC Surround como condición de, requisito o prerequisite para la cobertura de los productos Regeneron pertinentes, y/o (ii) denieguen, restrinjan, eliminen, retrasen, alteren o retengan cualquier beneficio o cobertura del seguro, supeditados a la solicitud, aprobación o denegación de la elegibilidad para un programa de apoyo al paciente del fabricante como el PAP de LYNOZYFIC Surround. Yo (o mi representante legalmente autorizado o tutor) solicito ayuda del PAP de LYNOZYFIC Surround de manera voluntaria. Mi plan de seguro, empleador, pagador ni ningún otro administrador externo me han indicado que busque ayuda del PAP de LYNOZYFIC Surround, y acepto informar al equipo del PAP de LYNOZYFIC Surround si mi plan de seguro, empleador, pagador o cualquier otro administrador externo me solicita que solicite ayuda del PAP de LYNOZYFIC Surround.

Consulte la información completa sobre la prescripción, incluida la ADVERTENCIA en recuadro, para LYNOZYFIC, disponible en LYNOZYFIChcp.com.

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

© 2026 Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados.
US.LYN.26.04.0062 05/26

SECCIÓN 7

Certificaciones del paciente (Cont.)

Además, reconozco que el equipo del PAP de LYNOZYFIC 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 LYNOZYFIC Surround para mí o en nombre de un paciente, autorizo al PAP de LYNOZYFIC 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 LYNOZYFIC Surround de inmediato y comprendo que ya no seré elegible para recibir ayuda.

Para calificar para el PAP de LYNOZYFIC Surround, entiendo que debo cumplir con ciertos requisitos de ingresos y otros requisitos de elegibilidad. LYNOZYFIC Surround podrá solicitar 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 LYNOZYFIC 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") puedan verificar mi elegibilidad para el Programa LYNOZYFIC Surround, y entiendo que dicha verificación puede incluir comunicarse conmigo o con mi proveedor de atención médica para obtener información adicional y/o revisar información financiera, de seguros y/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, así como 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 completa sobre la prescripción, incluida la ADVERTENCIA en recuadro, para LYNOZYFIC, disponible en LYNOZYFIChcp.com.

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

SECCIÓN 7

Certificaciones del paciente (Cont.)

Si solicito el PAP, confirmo mi aceptación de las condiciones establecidas. Si se me aprueba 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 LYNOZYFIC, 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 LYNOZYFIC Surround, o cancelar mi participación en el Programa por completo en cualquier momento notificando a un representante del Programa: llamando al 1.844.746.4363; enviando una carta a LYNOZYFIC Surround, PO Box 220262, Charlotte, NC 28222-0262; 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 de comercialización

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 completa sobre la prescripción**, incluida la **ADVERTENCIA en recuadro**, para LYNOZYFIC, disponible en LYNOZYFIChcp.com.

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

© 2026 Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados.
US.LYN.26.04.0062 05/26

SECCIÓN 7

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 de comercialización, 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 1.844.746.4363; enviando una carta a LYNOZYFIC Surround, PO Box 220262, Charlotte, NC 28222-0262; 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 LYNOZYFIC o el Programa, y para enviarme comunicaciones de comercialización. Entiendo que pueden aplicarse las tarifas de mensajes y datos de mi proveedor de servicio telefónico. Entiendo que puedo cancelar la suscripción a futuros mensajes de texto en cualquier momento enviando un mensaje de texto con la palabra STOP al 56324 desde mi teléfono móvil, y que puedo obtener ayuda para los mensajes de texto enviando un mensaje de texto con la palabra HELP al 56324. 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 completa sobre la prescripción**, incluida la **ADVERTENCIA en recuadro, para LYNOZYFIC**, disponible en LYNOZYFIChcp.com.

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

© 2026 Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados.
US.LYN.26.04.0062 05/26

SECCIÓN 8 Autorización para divulgar o usar información de salud

Lea atentamente lo siguiente, luego coloque la fecha 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 médica, plan de salud o programas que me brindan beneficios de atención médica (en conjunto, "Aseguradoras médicas") y a cualquier farmacia especializada ("Farmacias especializadas") que dispensan mis medicamentos, a divulgar a Regeneron Pharmaceuticals, Inc. y sus afiliados y agentes (en conjunto, "Regeneron") información médica sobre mí, incluida información relacionada con mi afección médica, tratamiento con LYNOZYFIC, cobertura de seguro médico, reclamos, recetas y derivación e inscripción en el Programa LYNOZYFIC 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 reembolso y asistencia de cobertura de LYNOZYFIC Surround, Programas de asistencia al paciente y otros programas de apoyo (en conjunto, "Programa LYNOZYFIC Surround");
- Hacer funcionar y gestionar el Programa LYNOZYFIC Surround, incluso para comunicarse conmigo sobre el Programa LYNOZYFIC Surround y mi participación en el Programa LYNOZYFIC Surround, y para evaluar y mejorar el Programa LYNOZYFIC 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 derivarme a otros programas o fuentes alternativas de financiación (como Medicaid, bolsas de atención médica, Medigap, programas estatales de asistencia farmacéutica [SPAP] y fundaciones benéficas) o para determinar mi elegibilidad para ellos, que puedan estar disponibles para ayudarme 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 y/o por brindarme servicios de apoyo en relación con LYNOZYFIC o el programa LYNOZYFIC Surround.

Consulte la información completa sobre la prescripción, incluida la ADVERTENCIA en recuadro, para LYNOZYFIC, disponible en LYNOZYFIChcp.com.

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

© 2026 Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados.
 US.LYN.26.04.0062 05/26

SECCIÓN 8

Autorización para divulgar/usar información médica (Cont.)

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.

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

Además, entiendo que puedo revocar (retirar) esta Autorización en cualquier momento mediante el envío por correo postal, fax o correo electrónico de una solicitud por escrito a LYNOZYFIC Surround a PO Box 220262, Charlotte, NC 28222-0262; 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 vence 18 meses a partir de la última fecha en que se brindó soporte en virtud de cualquier Programa LYNOZYFIC 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.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, o para informar sobre efectos secundarios con un producto de Regeneron mientras esté inscrito en **LYNOZYFIC Surround**, comuníquese con nosotros al **1.844.RGN.HEME** (1.844.746.4363), **Opción 1**, de lunes a viernes, de 8 A. M. a 8 P. M. hora del este.

Consulte la **información completa sobre la prescripción**, incluida la **ADVERTENCIA en recuadro**, para LYNOZYFIC, disponible en LYNOZYFIChcp.com.

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

REGENERON®

© 2026 Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados.
US.LYN.26.04.0062 05/26