

Gracias por descargar este documento de asistencia de medicamentos recetados de NeedyMeds. Esperamos que este programa le ayude a obtener el medicamento que necesita.

RECUERDE — Envíe su solicitud completa a la dirección en el formulario, NO a NeedyMeds.

¿Sabías que NeedyMeds tiene miles de otros recursos gratuitos?

Aquí hay un vistazo a más formas en que podemos ayudarlo a ahorrar dinero en costos de medicamentos y atención médica. Cada uno se puede encontrar en la pestaña “Ahorros al Paciente” en nuestro sitio web:

- **Asistencia Basada en Diagnóstico** – NeedyMeds enumera miles de programas de asistencia para casi cualquier problema de salud. Si usted está pasando por el tratamiento de quimioterapia para el cáncer, hay programas que pueden ayudar con los costos de la peluca y los productos de enfriamiento del cuero cabelludo. También enumeramos recursos para pruebas de diabetes gratuitas, apoyo de alojamiento para cuidadores y mucho más.
- **Clínicas Gratuitas/Bajo Costo/Escala Móvil** — Esta popular colección contiene información sobre 18.000 clínicas médicas, dentales, de salud mental y de abuso de sustancias gratuitas, de bajo costo y de escala móvil en los Estados Unidos. Es un gran recurso si necesita un tratamiento médico asequible y no sabe a dónde ir.
- **Cupones, Reembolsos y Más** – Puede usar el sitio web de NeedyMeds para encontrar más de 2,600 oportunidades de ahorro de costos para medicamentos recetados y de venta libre y suministros médicos.
- **Transporte Médico** – ¿Necesita ayuda para llegar al consultorio del médico o al centro médico? Puede ser elegible para recibir asistencia financiera si cumple con ciertos requisitos.

NeedyMeds también ofrece información sobre campamentos y retiros basados en diagnósticos, programas recreativos, becas, programas gubernamentales, programas de medicamentos genéricos de \$4 y más.

Por último, quiero hablarles sobre la Tarjeta de Descuento de Medicamentos de NeedyMeds. Miles de personas utilizan esta herramienta gratuita, anónima y fácil de usar para obtener el mejor precio en sus medicamentos. Utilice la tarjeta para obtener descuentos en pruebas de laboratorio y también para ahorrar un 40% en equipos médicos duraderos. Hasta la fecha, nuestra tarjeta de descuento en medicamentos les ha ahorrado a pacientes más de \$300,000,000. Consulte la siguiente página para obtener más información.

No dude en llamar a nuestra línea de ayuda gratuita si tiene alguna pregunta. Puede comunicarse con nosotros al 1-800-503-6897 de Lunes-Viernes, de 9am-5pm Hora Este.

Gracias por usar NeedyMeds. Háganos saber si podemos hacer algo más para ayudarlo a pagar los costos de su atención médica.



Rich Sagall, MD
President, NeedyMeds

Corte la tarjeta y ahorre



TARJETA DE DESCUENTO DE MEDICAMENTOS

BIN: 020750
RX PCN: NMeds
RX GRP: PDFPDF
ID: NMNA019309901930

Atención al Cliente
1-888-602-2978

Este es un programa de descuento de medicamentos, no un plan de seguros.

Tarjeta de Descuento de Medicamentos NeedyMeds
www.needymeds.org

Paciente: Puede usar esta tarjeta en cualquier de las más de 65,000 farmacias participantes para ahorrar en todos los medicamentos recetados. No puede usar esta tarjeta con Medicare incluyendo la parte D, Medicaid o cualquier otro programa estatal o federal, a menos que decidas no usar su programa patrocinado por el gobierno. Además, no puede utilizar esta tarjeta con ningún programa de seguro médico, pero puede utilizarla en lugar de su seguro si la tarjeta ofrece un mejor precio. Para preguntas, llame al 1-888-602-2978 o visite www.drugdiscountcardinfo.com.

Farmacéutico: Administrado por la Compañía Medica Sercurity, LLC, Tucson, AZ.



Línea de Ayuda de Farmacia: 1-800-404-1031.

- Ahorre hasta un 80% en medicamentos*
- Use en más de 65,000 farmacias a escala nacional, incluso todas las cadenas principales
- Comparta la tarjeta con amigos y familia
- Use la tarjeta tan a menudo como sea necesario
- Gratis, sin cargos ni registro
- Nunca expira

¿Qué recibirá un descuento?

Todos los medicamentos recetados son elegibles para ahorros, incluyendo medicamentos de venta libre y suministros médicos escritos como receta médica, así como medicamentos para mascotas que son equivalentes a las humanas, con receta por un veterinario.

También puede ahorrar hasta un 40% de descuento en equipos médicos duraderos, incluyendo los bastones, muletas, férulas, suministros de incontinencia y más. También puede ahorrar en suministros para diabéticos como medidor es de glucosa, tiras reactivas, lancetas y zapatos para diabéticos.

Visite www.needymeds.org/dme para obtener más información.

¿Qué pasa si tengo seguro?

Cualquiera puede usar la tarjeta, pero no se puede combinar con un seguro estatal o federal.

Puede utilizar la tarjeta en lugar del seguro si:

- Un medicamento no está cubierto por su seguro
- Su seguro no tiene cobertura de medicamentos
- Tienes un deducible de medicina alta
- Ha cumplido con el límite bajo en medicamentos
- La tarjeta ofrece un mejor precio que su copago
- Usted está en la brecha de cobertura de la Parte D de Medicare

Para obtener una tarjeta de descuento de medicamentos plástica, envíe un sobre auto dirigido y con sello a:

NeedyMeds Drug Discount Card
50 Whittemore St.
Gloucester, MA 01930

La tarjeta no es válida en combinación con planes de seguro, incluyendo Medicare, Medicaid o cualquier seguro de prescripción estatal o federal. La tarjeta se puede utilizar solo si decide no usar su plan de medicamentos patrocinado por el gobierno para su compras.

*Ahorro promedio de 60%, con ahorros potenciales de hasta el 80% o más (basados en datos nacionales de ahorro de 2018). Todos los medicamentos recetados son elegibles para ahorros.

Este es un programa de descuento de medicamentos, no un plan de seguro. Los descuentos están disponibles exclusivamente a través de las farmacias participantes. La gama de descuentos variará dependiendo del tipo de receta y la farmacia elegida. Este programa no realiza pagos directamente a las farmacias. Los usuarios están obligados a pagar por todas las compras con receta. No se puede utilizar junto con el seguro. Puede llamar al 1-888-602-2978 con preguntas o inquietudes, o para obtener más información.



Section 1.1: Support Requested (check only what applies)

- Benefits Investigation
Copay Card Program (Commercial Patients)
Prior Authorization Assistance
Update Patient Record

Patient Assistance Program

- Patient Assistance Program (PAP)

Sección 2.1: Información del paciente

Información de contacto del paciente adjunta

Nombre: Inicial del segundo nombre: Apellido: Sexo: Masculino Femenino
Fecha de nacimiento: Teléfono de domicilio: Teléfono celular: Correo electrónico:
Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:
Idioma de preferencia: Inglés Español Otro:

Sección 2.2: Información sobre el seguro del paciente

¿El paciente tiene seguro (seguro de terceros o privado)? Sí No

Número de identificación del beneficiario de Medicare (solo planes Medicare/Medicare Advantage):

Seguro principal (si se adjunta una copia de la tarjeta de seguro, marque aquí)

Nombre del pagador:
Teléfono:
Nombre del titular de la póliza:
Número de póliza:
Número de empleador/grupo:

Seguro secundario (si se adjunta una copia de la tarjeta del seguro, marque aquí)

Nombre del pagador:
Teléfono:
Nombre del titular de la póliza:
Número de póliza:
Número de empleador/grupo:

Sección 2.3: Autorización y certificación del paciente

Fecha:

He leído y acepto la autorización para divulgar/usar información médica en la Sección 6.1

He leído y acepto inscribirme en EYLEA4U® y en la Certificación del paciente incluida en la Sección 6.3

Firma del paciente:

Firma del paciente:

Section 3.1: Treatment Information/Prescription

Dispense: Vial(s) NDC: 61755-005-02 PFS(s) NDC: 61755-005-01

SIG: Inject 2 mg (0.05 mL) every 4 weeks (monthly) for the first 3 injections followed by 2 mg (0.05 mL) once every 8 weeks

SIG: Inject 2 mg (0.05 mL) every 12 weeks (3 months) after one year of effective therapy with regular assessment

SIG: Inject 2 mg (0.05 mL) every 4 weeks (monthly) for the first 5 injections followed by 2 mg (0.05 mL) once every 8 weeks

SIG: Inject 2 mg (0.05 mL) every 4 weeks (monthly)

Section 4.1: Prescribing Physician Information

Site of Service: Physician Office Hospital Outpatient Ambulatory Surgical Center Practice/Facility Name:

Physician Name: E-Mail: Phone: Fax:

Physician Specialty: Address: City: State: ZIP:

Physician's St Lic#: Physician's DEA#: Physician's PTAN:

Physician's Tax ID#: Physician's National Provider Identifier (NPI):

Section 4.2: Office Contact Information

Primary Office Contact: Phone: Fax: E-Mail:

Section 4.3: Physician Certification

Must be signed by the physician for all Enrollment Form submissions, including e-Portal.

My signature certifies the following: (i) that the person named on this Enrollment Form is my patient, (ii) that I have obtained his/her written authorization and certification under Section 2.3 of this form, (iii) that to the best of my knowledge the information, if applicable, under Section 6.2 of this form is accurate and complete, (iv) that I will retain in my files the complete patient-executed Enrollment Form, and (v) that upon request, I will promptly provide a copy of this patient-executed Enrollment Form on file to EYLEA4U.

My signature below certifies that the person named on this form is my patient, the information provided on this application, to the best of my knowledge, is complete and accurate, and that EYLEA received in response to this application is only for the use of EYLEA for the patient named on this form.

With regard to any patient eligible for patient assistance through the EYLEA4U program, I acknowledge that this medication will not be offered for sale, trade, or barter and EITHER no claim for reimbursement of either EYLEA or related medical procedures and services will be submitted to Medicare, Medicaid, or any third-party payer OR I will provide appropriate denial and appeals documentation to support requests for patients who are deemed uninsured after a claim was submitted. I consent to Regeneron Pharmaceuticals, Inc. and its affiliates, representatives, agents, and contractors contacting me by fax, phone, mail, or email to confirm receipt of EYLEA or provide additional information about EYLEA or the EYLEA4U program and that Regeneron Pharmaceuticals, Inc. may revise, change, or terminate any program services at any time without notice to me. I authorize Regeneron Pharmaceuticals, Inc. and its representatives and contractors to forward this prescription to a dispensing pharmacy on behalf of myself and my patient, and I appoint the EYLEA4U program solely to convey the prescription herein on my behalf to the pharmacy chosen by or for the above-named patient.

Physician Signature: Date:

Signature required; this form cannot be processed without an original or stamped signature.

Please see full Prescribing Information available at hcp.eylea.us

Nombre del paciente

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Section 5.1: Diagnosis (Select one as a primary diagnosis. For additional diagnoses please indicate on Page 3)

Wet Age-related Macular Degeneration (Wet AMD)

Exudative age-related macular degeneration	Right eye	Left eye	Bilateral	Unspecified eye
With active choroidal neovascularization	<input type="checkbox"/> H35.3211	<input type="checkbox"/> H35.3221	<input type="checkbox"/> H35.3231	<input type="checkbox"/> H35.3291
With inactive choroidal neovascularization	<input type="checkbox"/> H35.3212	<input type="checkbox"/> H35.3222	<input type="checkbox"/> H35.3232	<input type="checkbox"/> H35.3292
With inactive scar	<input type="checkbox"/> H35.3213	<input type="checkbox"/> H35.3223	<input type="checkbox"/> H35.3233	<input type="checkbox"/> H35.3293
Stage unspecified	<input type="checkbox"/> H35.3210	<input type="checkbox"/> H35.3220	<input type="checkbox"/> H35.3230	<input type="checkbox"/> H35.3290

Macular Edema following Retinal Vein Occlusion (MEfRVO)

Central retinal vein occlusion	Right eye	Left eye	Bilateral	Unspecified eye
With macular edema	<input type="checkbox"/> H34.8110	<input type="checkbox"/> H34.8120	<input type="checkbox"/> H34.8130	<input type="checkbox"/> H34.8190
Tributary (branch) retinal vein occlusion	Right eye	Left eye	Bilateral	Unspecified eye
With macular edema	<input type="checkbox"/> H34.8310	<input type="checkbox"/> H34.8320	<input type="checkbox"/> H34.8330	<input type="checkbox"/> H34.8390

Diabetic Macular Edema (DME)

Diabetes mellitus due to underlying condition with...	Right eye	Left eye	Bilateral	Unspecified eye
Mild nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E08.3211	<input type="checkbox"/> E08.3212	<input type="checkbox"/> E08.3213	<input type="checkbox"/> E08.3219
Moderate nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E08.3311	<input type="checkbox"/> E08.3312	<input type="checkbox"/> E08.3313	<input type="checkbox"/> E08.3319
Severe nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E08.3411	<input type="checkbox"/> E08.3412	<input type="checkbox"/> E08.3413	<input type="checkbox"/> E08.3419
Proliferative diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E08.3511	<input type="checkbox"/> E08.3512	<input type="checkbox"/> E08.3513	<input type="checkbox"/> E08.3519
Unspecified diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E08.311			

Drug or chemical induced diabetes mellitus with...	Right eye	Left eye	Bilateral	Unspecified eye
Mild nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E09.3211	<input type="checkbox"/> E09.3212	<input type="checkbox"/> E09.3213	<input type="checkbox"/> E09.3219
Moderate nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E09.3311	<input type="checkbox"/> E09.3312	<input type="checkbox"/> E09.3313	<input type="checkbox"/> E09.3319
Severe nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E09.3411	<input type="checkbox"/> E09.3412	<input type="checkbox"/> E09.3413	<input type="checkbox"/> E09.3419
Proliferative diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E09.3511	<input type="checkbox"/> E09.3512	<input type="checkbox"/> E09.3513	<input type="checkbox"/> E09.3519
Unspecified diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E09.311			

Type 1 diabetes mellitus with...	Right eye	Left eye	Bilateral	Unspecified eye
Mild nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E10.3211	<input type="checkbox"/> E10.3212	<input type="checkbox"/> E10.3213	<input type="checkbox"/> E10.3219
Moderate nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E10.3311	<input type="checkbox"/> E10.3312	<input type="checkbox"/> E10.3313	<input type="checkbox"/> E10.3319
Severe nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E10.3411	<input type="checkbox"/> E10.3412	<input type="checkbox"/> E10.3413	<input type="checkbox"/> E10.3419
Proliferative diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E10.3511	<input type="checkbox"/> E10.3512	<input type="checkbox"/> E10.3513	<input type="checkbox"/> E10.3519
Unspecified diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E10.311			

Type 2 diabetes mellitus with...	Right eye	Left eye	Bilateral	Unspecified eye
Mild nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E11.3211	<input type="checkbox"/> E11.3212	<input type="checkbox"/> E11.3213	<input type="checkbox"/> E11.3219
Moderate nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E11.3311	<input type="checkbox"/> E11.3312	<input type="checkbox"/> E11.3313	<input type="checkbox"/> E11.3319
Severe nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E11.3411	<input type="checkbox"/> E11.3412	<input type="checkbox"/> E11.3413	<input type="checkbox"/> E11.3419
Proliferative diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E11.3511	<input type="checkbox"/> E11.3512	<input type="checkbox"/> E11.3513	<input type="checkbox"/> E11.3519
Unspecified diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E11.311			

Other specified diabetes mellitus with...	Right eye	Left eye	Bilateral	Unspecified eye
Mild nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E13.3211	<input type="checkbox"/> E13.3212	<input type="checkbox"/> E13.3213	<input type="checkbox"/> E13.3219
Moderate nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E13.3311	<input type="checkbox"/> E13.3312	<input type="checkbox"/> E13.3313	<input type="checkbox"/> E13.3319
Severe nonproliferative diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E13.3411	<input type="checkbox"/> E13.3412	<input type="checkbox"/> E13.3413	<input type="checkbox"/> E13.3419
Proliferative diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E13.3511	<input type="checkbox"/> E13.3512	<input type="checkbox"/> E13.3513	<input type="checkbox"/> E13.3519
Unspecified diabetic retinopathy with macular edema	<input type="checkbox"/> E13.311			

Nombre del paciente

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Section 5.1: Diagnosis

Diabetic Retinopathy (DR)

Diabetes mellitus due to underlying condition with...	Right eye	Left eye	Bilateral	Unspecified eye
Mild nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E08.3291	<input type="checkbox"/> E08.3292	<input type="checkbox"/> E08.3293	<input type="checkbox"/> E08.3299
Moderate nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E08.3391	<input type="checkbox"/> E08.3392	<input type="checkbox"/> E08.3393	<input type="checkbox"/> E08.3399
Severe nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E08.3491	<input type="checkbox"/> E08.3492	<input type="checkbox"/> E08.3493	<input type="checkbox"/> E08.3499
Proliferative diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E08.3591	<input type="checkbox"/> E08.3592	<input type="checkbox"/> E08.3593	<input type="checkbox"/> E08.3599
Unspecified diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E08.319			

Drug or chemical induced diabetes mellitus with...	Right eye	Left eye	Bilateral	Unspecified eye
Mild nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E09.3291	<input type="checkbox"/> E09.3292	<input type="checkbox"/> E09.3293	<input type="checkbox"/> E09.3299
Moderate nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E09.3391	<input type="checkbox"/> E09.3392	<input type="checkbox"/> E09.3393	<input type="checkbox"/> E09.3399
Severe nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E09.3491	<input type="checkbox"/> E09.3492	<input type="checkbox"/> E09.3493	<input type="checkbox"/> E09.3499
Proliferative diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E09.3591	<input type="checkbox"/> E09.3592	<input type="checkbox"/> E09.3593	<input type="checkbox"/> E09.3599
Unspecified diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E09.319			

Type 1 diabetes mellitus with...	Right eye	Left eye	Bilateral	Unspecified eye
Mild nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E10.3291	<input type="checkbox"/> E10.3292	<input type="checkbox"/> E10.3293	<input type="checkbox"/> E10.3299
Moderate nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E10.3391	<input type="checkbox"/> E10.3392	<input type="checkbox"/> E10.3393	<input type="checkbox"/> E10.3399
Severe nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E10.3491	<input type="checkbox"/> E10.3492	<input type="checkbox"/> E10.3493	<input type="checkbox"/> E10.3499
Proliferative diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E10.3591	<input type="checkbox"/> E10.3592	<input type="checkbox"/> E10.3593	<input type="checkbox"/> E10.3599
Unspecified diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E10.319			

Type 2 diabetes mellitus with...	Right eye	Left eye	Bilateral	Unspecified eye
Mild nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E11.3291	<input type="checkbox"/> E11.3292	<input type="checkbox"/> E11.3293	<input type="checkbox"/> E11.3299
Moderate nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E11.3391	<input type="checkbox"/> E11.3392	<input type="checkbox"/> E11.3393	<input type="checkbox"/> E11.3399
Severe nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E11.3491	<input type="checkbox"/> E11.3492	<input type="checkbox"/> E11.3493	<input type="checkbox"/> E11.3499
Stable proliferative diabetic retinopathy	<input type="checkbox"/> E11.3551	<input type="checkbox"/> E11.3552	<input type="checkbox"/> E11.3553	<input type="checkbox"/> E11.3559
Proliferative diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E11.3591	<input type="checkbox"/> E11.3592	<input type="checkbox"/> E11.3593	<input type="checkbox"/> E11.3599
Unspecified diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E11.319			

Other specified diabetes mellitus with...	Right eye	Left eye	Bilateral	Unspecified eye
Mild nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E13.3291	<input type="checkbox"/> E13.3292	<input type="checkbox"/> E13.3293	<input type="checkbox"/> E13.3299
Moderate nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E13.3391	<input type="checkbox"/> E13.3392	<input type="checkbox"/> E13.3393	<input type="checkbox"/> E13.3399
Severe nonproliferative diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E13.3491	<input type="checkbox"/> E13.3492	<input type="checkbox"/> E13.3493	<input type="checkbox"/> E13.3499
Proliferative diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E13.3591	<input type="checkbox"/> E13.3592	<input type="checkbox"/> E13.3593	<input type="checkbox"/> E13.3599
Unspecified diabetic retinopathy without macular edema	<input type="checkbox"/> E13.319			

Other (only available for PAP) _____

Visual Acuity: Right Eye: _____ / _____
Left Eye: _____ / _____

Has patient started treatment? Yes No
Anticipated date of treatment: _____

Secondary and Tertiary Diagnoses

Secondary .

Tertiary .

Nombre del paciente

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Sección 6.1: Autorización para divulgar o usar información de salud

Autorizo a mis proveedores y personal de atención médica, mi aseguradora de salud, plan de salud o programas que me proporcionan beneficios de atención médica (en conjunto, "Aseguradoras de salud") y cualquier farmacia especializada que dispense mi medicación a divulgar a Regeneron Pharmaceuticals, Inc. y sus filiales, representantes, agentes y contratistas (en conjunto, "Regeneron") información de salud sobre mí, incluyendo la información relacionada con mi afección médica, tratamiento con la inyección EYLEA® (aflibercept), cobertura de seguro de salud, reclamaciones, receta y remisión e inscripción en los Programas EYLEA4U® (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 cobertura y reembolso de Regeneron, los programas de asistencia al paciente y otros programas de apoyo (en conjunto, "Programas EYLEA4U");
- la operación y administración de los Programas EYLEA4U;
- investigar mis beneficios de cobertura de seguro de salud;
- obtener autorización previa para cobertura o reembolso;
- ayudar con las apelaciones de reclamaciones denegadas para cobertura o reembolso.

Entiendo y acepto que mis proveedores de atención médica, Aseguradoras de salud y farmacias especializadas pueden recibir remuneración de Regeneron a cambio de divulgar Mi información a Regeneron o por proporcionarme servicios de apoyo en relación con EYLEA o los Programas EYLEA4U. 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 acepta proteger Mi información al usarla y divulgarla solo para los fines permitidos en esta Autorización o según lo exija la ley.

Comprendo que si me niego a firmar esta Autorización, no podré participar en los Programas EYLEA4U, pero esto no afectará mi elegibilidad para obtener tratamiento médico, mi capacidad para solicitar el pago de este tratamiento ni afectará 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 o por fax de una solicitud por escrito a Regeneron a P.O. Box 220578, Charlotte, NC 28222-0578; Fax: (888) 335-3264. La revocación de esta Autorización pondrá fin a los usos y divulgaciones adicionales de Mi información por las partes identificadas en esta Autorización, excepto en la medida en que dichos usos y divulgaciones se hayan realizado en función de esta Autorización.

Esta Autorización expira 18 meses después de la fecha en que se proporciona apoyo por última vez a través de cualquier Programa de EYLEA4U, sujeto a la ley aplicable, a menos que la retire antes. Comprendo que puedo solicitar una copia de esta Autorización.

Sección 6.2: Información financiera (debe completarse para las solicitudes de PAP)

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

Ingresos anuales totales del hogar (incluidos sueldos/salarios; ingresos del Seguro Social; ingresos por discapacidad; cualquier otro ingreso):*

\$0 a \$100,000 \$100,001 a \$150,000 Más de \$150,000

*Se requerirá documentación de respaldo. EYLEA4U también puede solicitar un comprobante de ingresos en cualquier momento para la auditoría o verificación.

Please complete this application and submit by fax to 1-888-335-3264 or retain completed and patient-signed form on file at your office if submission is entered via the e-Portal.

Nombre del paciente

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Sección 6.3: Certificación del paciente

Al registrarme, me inscribo en los Programas EYLEA4U® y autorizo a Regeneron a proporcionarme los Programas EYLEA4U. Confirmando que la información de esta solicitud y otra documentación de respaldo es completa y precisa. También verifico que, a menos que haya identificado lo contrario en esta solicitud, no tengo otra cobertura para medicamentos con receta, incluyendo Medicaid, Medicare o cualquier programa de asistencia público o privado, o cualquier otra forma de seguro.

También acepto que Regeneron puede verificar mi elegibilidad para los Programas EYLEA4U, y entiendo que dicha verificación puede incluir ponerse en contacto conmigo o con mi proveedor de atención médica para obtener información adicional o revisar información financiera, de seguros o médica adicional. Autorizo a Regeneron a usar mi número de Seguro Social o información demográfica adicional para acceder a los informes sobre mi historial de crédito individual a través de las agencias de informes de consumidores. Entiendo que, previa solicitud, Regeneron me dirá si se procuró un informe individual del consumidor y el nombre y la dirección de la agencia que lo proporcionó. Además, entiendo y autorizo a Regeneron a usar 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 para estimar mis ingresos junto con el proceso de determinación de elegibilidad del programa de asistencia al paciente, si corresponde.

Autorizo a Regeneron a comunicarse conmigo por correo, teléfono o correo electrónico, con información sobre los Programas EYLEA4U, indicaciones aprobadas por la FDA de la inyección EYLEA® (afibercept), información y productos relacionados con el estado de la enfermedad, promociones, servicios y estudios de investigación, y a solicitar mi opinión sobre dicha información y temas, incluyendo estudios de mercado y encuestas relacionadas con enfermedades. Además, autorizo a Regeneron a quitar los datos identificatorios de mi información de salud y a utilizarla en investigaciones, educación, análisis de negocios, estudios de marketing u otros fines comerciales. Entiendo que los miembros de Regeneron pueden compartir entre sí información de salud identificable con el fin de quitar la identificación para estos fines y según sea necesario para realizar los Programas EYLEA4U o para enviar las comunicaciones enumeradas anteriormente (las "Comunicaciones"). Entiendo y acepto que Regeneron puede usar mi información de salud para estos fines y puede compartirla con mis médicos, farmacias especializadas y aseguradoras.

En relación con la administración de los Programas EYLEA4U, entiendo que Regeneron puede comunicarse conmigo o con mi proveedor de atención médica directamente para confirmar la recepción de medicamentos o para proporcionar otra información relacionada con los Programas EYLEA4U. También entiendo que Regeneron puede revisar, cambiar o cancelar los Programas EYLEA4U en cualquier momento.

Comprendo que no tengo que inscribirme en los Programas EYLEA4U ni recibir las Comunicaciones, y que aún puedo recibir EYLEA según lo prescrito por mi médico. Puedo optar por no recibir Comunicaciones, programas individuales ofrecidos por los Programas EYLEA4U u optar por no recibir los Programas EYLEA4U en cualquier momento mediante el envío por correo o por fax de una solicitud por escrito a Regeneron a P.O. Box 220578, Charlotte, NC 28222-0578; Fax: (888) 335-3264.

Please complete this application and submit by fax to 1-888-335-3264 or retain completed and patient-signed form on file at your office if submission is entered via the e-Portal.