

ENROLLMENT FORM

Fax: 1-888-335-3264

Phone: 1-855-EYLEA4U (1-855-395-3248), Option 1, then Option 4

www.EYLEA4Uportal.com

EYLEA®
(afibercept) Injection



Section 1.1: Support Requested (check all that apply)

- Benefits Investigation Appeals Support Co-Pay Assistance
 Prior Authorization Assistance Claims Assistance

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: _____ NSS: _____ Sexo: Hombre Mujer
Fecha de nacimiento: _____ Tel. particular: _____ Tel. celular: _____ Tel. alternativo: _____ C. electrónico: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____

Sección 2.2: Información de seguro del paciente

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

Seguro primario

(Si adjunta una copia de una tarjeta de seguro, marque aquí)

Nombre: _____
Teléfono: _____
Nombre del asegurado: _____
Número de póliza: _____
Empleador: _____
No. del grupo: _____

Seguro secundario

(Si adjunta una copia de una tarjeta de seguro, marque aquí)

Nombre: _____
Por Teléfono: _____
Nombre del asegurado: _____
Número de póliza: _____
Empleador: _____
No. del grupo: _____

Section 3.1: Treatment Information/Prescription

EYLEA® (afibercept) Injection Drug Allergies: _____ NKDA

Dispense: _____ Vial(s) _____ Refill: _____ times Specialty pharmacy needed for dispensing? Yes No (MD office to supply)

(each vial is intended to deliver 0.05 mL of 40 mg/mL EYLEA) Preferred specialty pharmacy: _____

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)

Ship to address (if different from office shown below): _____

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

By checking ONLY Benefits Investigation in Section 1.1, (i) I am requesting to initiate a Benefits Investigation without a patient signature in Section 6.1, and (ii) I am certifying that I have obtained my patient's written authorization in accordance with applicable state and federal law including the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 and its implementing regulations to provide the individually identifiable health information on this form to reimbursement support programs such as EYLEA4U® for purposes of conducting an investigation of my patient's health insurance coverage benefits for EYLEA® (afibercept) Injection.

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: _____

Please see full Prescribing Information available at www.EYLEA.com.

Nombre del paciente

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

Section 5.1: Diagnosis

Wet Age-related Macular Degeneration

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

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) | Diabetic Retinopathy (DR) in Patients with 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			

Other (only available for PAP) _____

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

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

Nombre del paciente

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

Idioma de preferencia: Inglés Español Otro: _____

Sección 6.1: Autorización para divulgar/usar la información sobre salud

Autorizo a mis proveedores de atención médica y a su personal, a mi compañía de seguro médico, plan de atención médica o programas que me brindan beneficios de atención médica (conjuntamente, "Aseguradores de Salud") y a cualesquiera farmacias especializadas que dispensen mis medicamentos a divulgar a Regeneron Pharmaceuticals, Inc. y a sus afiliadas, representantes, agentes y contratistas (conjuntamente, "Regeneron") información médica sobre mi persona, que incluye información vinculada con mi afección médica, tratamiento con EYLEA® (aflibercept) Inyectable, cobertura del seguro de salud, reclamos, recetas y derivaciones a Programas EYLEA4U® e inscripciones en dichos programas (conjuntamente, "Mi Información"). Mis proveedores de atención médica, Aseguradores de Salud, farmacia(s) especializada(s) y Regeneron podrán usar y divulgar Mi Información a efectos de proporcionar determinados servicios de apoyo, incluso:

- para determinar si reúno los requisitos para participar en el(los) programa(s) de asistencia de reembolso y cobertura de Regeneron, en los programas de asistencia para pacientes y otros programas de apoyo (conjuntamente, "Programas de EYLEA4U");
- para la operación y administración de los Programas de EYLEA4U;
- para investigar los beneficios de cobertura con los que cuento a través de mi seguro de salud;
- para obtener la autorización previa para la cobertura/el reembolso;
- para brindar asistencia con las apelaciones de reclamos de cobertura/reembolsos denegados; y
- para determinar si reúno los requisitos para otros programas, fundaciones o fuentes de financiamiento o cobertura alternativos que puedan estar disponibles para brindarme asistencia con los costos de mis medicamentos, o derivarme a ellos.

Entiendo y acepto que mis proveedores de atención médica, Aseguradores de Salud y farmacia(s) especializada(s) podrían obtener una remuneración por parte de Regeneron a cambio de divulgar Mi Información a Regeneron y/o brindarme servicios de apoyo relacionados con EYLEA o con los Programas EYLEA4U. Comprendo que, una vez que Mi Información haya sido divulgada a Regeneron, es posible que esta deje de contar con la protección que brindan las leyes de privacidad federales contra nuevas divulgaciones. No obstante, Regeneron se compromete a proteger Mi Información utilizándola y divulgándola exclusivamente para los fines previstos en la presente Autorización o de otro modo conforme lo exija la ley.

Entiendo que, si me niego a firmar esta Autorización, no podré participar en los Programas de EYLEA4U, pero esto no afectará mi elegibilidad para obtener tratamiento médico ni mi capacidad para solicitar el pago de este tratamiento, como así tampoco afectará mi inscripción en el seguro ni mi elegibilidad para la cobertura del seguro.

Asimismo, comprendo que puedo revocar (retirar) esta Autorización en cualquier momento, enviando por correo o por fax una solicitud por escrito a Regeneron, P.O. Box 220578, Charlotte, NC 28222-0578; Fax: (888) 335-3264. Al revocar esta Autorización, quedarán prohibidos el uso y la divulgación posteriores de Mi Información por las partes identificadas en la presente Autorización, salvo en los casos en que dichos usos y divulgaciones se hayan realizado en función de esta Autorización.

Esta Autorización caducará al cumplirse 18 meses desde la fecha en que se brinde asistencia por última vez en virtud de cualquier Programa de EYLEA4U, con sujeción a la legislación aplicable, salvo que yo la revoque con anterioridad. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta Autorización.

 **Firma del paciente:** _____ **Fecha:** _____

Sección 6.2: Información financiera (se debe completar para los pedidos de asistencia de los pacientes)

¿Cuántas personas viven en su casa? _____

Ingresos anuales totales del grupo familiar (incluir salario/jornales; ingresos del Seguro Social; subsidios por discapacidad y cualquier otro ingreso):* \$0 a \$100,000 \$100,001 a \$150,000 Más de \$150,000

*Se solicitará documentación de respaldo. EYLEA4U podría solicitar un comprobante de ingresos en cualquier momento para fines de auditoría/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: _____

Idioma de preferencia: Inglés Español Otro: _____

Sección 6.3: Certificación del paciente

Al firmar a continuación, me inscribo en los Programas EYLEA4U®, y autorizo a Regeneron a proporcionarme los Programas EYLEA4U. Confirmando que la información de la presente solicitud y otra documentación de respaldo es exacta y completa. Asimismo, confirmo que, salvo que yo haya indicado lo contrario en esta solicitud, no cuento con otra cobertura para medicamentos recetados, como Medicaid, Medicare ni ningún programa de asistencia público o privado, ni ninguna otra forma de seguro.

También acepto que Regeneron podrá verificar si reúno los requisitos para los Programas de EYLEA4U, y entiendo que dicha verificación podrá incluir comunicarse conmigo o con mi proveedor de atención médica para obtener información adicional y/o para revisar otra información financiera, de seguro y/o médica. Autorizo a Regeneron a usar mi número del Seguro Social y/o información demográfica adicional para acceder a informes sobre mi historial crediticio individual emitidos por agencias de información crediticia. Entiendo que, si lo solicito, Regeneron me indicará si se ha solicitado un informe de consumidor individual, y el nombre y domicilio de la agencia que lo proporcionó. Además, comprendo y autorizo a Regeneron a usar cualquier informe de consumidor sobre mi persona y la información sobre mí recabada, al igual que otra información obtenida de fuentes públicas y de otro tipo, para estimar mis ingresos junto con el proceso de determinación de elegibilidad del programa de asistencia para pacientes, si corresponde.

Autorizo a Regeneron a comunicarse conmigo por correo, teléfono o correo electrónico para enviarme información sobre los Programas EYLEA4U, las indicaciones aprobadas por la FDA para EYLEA® (afibercept) Inyectable, información sobre enfermedades y productos relacionados, promociones, servicios y estudios de investigación, y a solicitar mi opinión sobre esa información y esos temas, lo que incluye encuestas de investigación de mercado y encuestas vinculadas con enfermedades. Asimismo, autorizo a Regeneron a eliminar los datos que permitan identificar mi información sobre salud y a usar dicha información para fines de investigación, educación, análisis de negocios, estudios de marketing o para otros fines comerciales. Comprendo que los miembros de Regeneron podrán compartir entre sí información sobre salud que permita la identificación personal, con el objeto de eliminar los datos que permitan tal identificación para los fines arriba descritos y conforme sea necesario para llevar a cabo los Programas EYLEA4U o para enviar las comunicaciones mencionadas anteriormente (las "Comunicaciones"). Entiendo y acepto que Regeneron podrá utilizar mi información sobre salud para estos fines y podrá compartir mi información sobre salud con mis médicos, farmacias especializadas y aseguradores.

En relación con la administración de los Programas de EYLEA4U, entiendo que Regeneron podrá comunicarse conmigo o con mi proveedor de atención médica directamente para confirmar la recepción de los medicamentos o para brindar otra información vinculada con los Programas de EYLEA4U. Entiendo también que Regeneron podrá revisar, modificar o dejar sin efecto los Programas de EYLEA4U en cualquier momento.

Entiendo que no tengo la obligación de inscribirme en los Programas EYLEA4U o recibir las Comunicaciones, y que aun así puedo recibir EYLEA conforme a las indicaciones de mi médico. Puedo rechazar la posibilidad de recibir Comunicaciones, programas individuales ofrecidos por los Programas EYLEA4U u optar por la exclusión completa de los Programas EYLEA4U en cualquier momento, enviando un pedido por escrito a Regeneron, por correo o fax, a P.O. Box 220578, Charlotte, NC 28222-0578; Fax: (888) 335-3264.

 **Firma del paciente:** _____ **Fecha:** _____

Section 6.4: Physician Patient Signature Certification

(must be signed by the physician when Enrollment Form submissions are entered via the e-Portal)

My signature below 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 Sections 6.1 and 6.3 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.

 **Physician Signature:** _____ **Date:** _____

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.

EYLEA and EYLEA4U are registered trademarks of Regeneron Pharmaceuticals, Inc.

REGENERON