

**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: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. postal: \_\_\_\_\_

**Sección 2.2 Información del seguro del paciente**

El paciente no tiene seguro (no tiene seguro privado ni de un tercero)  Sí  No

**Seguro primario** (si adjunta tarjeta de seguro, marque aquí  )

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

**Seguro secundario** (si adjunta tarjeta de seguro, marque aquí  )

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

**Section 2.3 Diagnosis**

**Wet Age-related Macular Degeneration**

Primary	Rt	Lt	ICD-10-CM
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>H35.32</b> Exudative age-related macular degeneration

**Macular Edema following Retinal Vein Occlusion**

Primary	Rt	Lt	Secondary	ICD-10-CM
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<b>H35.81</b> Retinal edema
			<input type="checkbox"/>	Central retinal vein occlusion
			<input type="checkbox"/>	<b>H34.811</b> (Right Eye)
			<input type="checkbox"/>	<b>H34.812</b> (Left Eye)
			<input type="checkbox"/>	<b>H34.813</b> (Bilateral)
			<input type="checkbox"/>	<b>H34.819</b> (Unspecified Eye)
			<input type="checkbox"/>	Venous tributary (branch) occlusion
			<input type="checkbox"/>	<b>H34.831</b> (Right Eye)
			<input type="checkbox"/>	<b>H34.832</b> (Left Eye)
			<input type="checkbox"/>	<b>H34.833</b> (Bilateral)
			<input type="checkbox"/>	<b>H34.839</b> (Unspecified Eye)

Visual Acuity: Right Eye: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Left Eye: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Has patient started treatment?  Yes  No  
 Anticipated date of treatment: \_\_\_\_\_

**Diabetic Macular Edema (DME) | Diabetic Retinopathy in Patients with DME**

Rt	Lt	ICD-10-CM
<b>Type 1 diabetes with...</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E10.311</b> (unspecified diabetic retinopathy [DR] with macular edema [ME])
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E10.321</b> (mild nonproliferative DR with ME)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E10.331</b> (moderate nonproliferative DR with ME)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E10.341</b> (severe nonproliferative DR with ME)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E10.351</b> (proliferative DR with ME)

Rt	Lt	ICD-10-CM
<b>Type 2 diabetes with...</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E11.311</b> (unspecified DR with ME)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E11.321</b> (mild nonproliferative DR with ME)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E11.331</b> (moderate nonproliferative DR with ME)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E11.341</b> (severe nonproliferative DR with ME)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E11.351</b> (proliferative DR with ME)

Rt	Lt	ICD-10-CM
<b>Diabetes due to underlying condition with...</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E08.311</b> (unspecified DR with ME)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E08.321</b> (mild nonproliferative DR with ME)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E08.331</b> (moderate nonproliferative DR with ME)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E08.341</b> (severe nonproliferative DR with ME)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E08.351</b> (proliferative DR with ME)

Rt	Lt	ICD-10-CM
<b>Drug- or chemical-induced diabetes with...</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E09.311</b> (unspecified DR with ME)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E09.321</b> (mild nonproliferative DR with ME)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E09.331</b> (moderate nonproliferative DR with ME)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E09.341</b> (severe nonproliferative DR with ME)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E09.351</b> (proliferative DR with ME)

Rt	Lt	ICD-10-CM
<b>Other specified diabetes with...</b>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E13.311</b> (unspecified DR with ME)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E13.321</b> (mild nonproliferative DR with ME)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E13.331</b> (moderate nonproliferative DR with ME)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E13.341</b> (severe nonproliferative DR with ME)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E13.351</b> (proliferative DR with ME)

**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 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)

SIG:  \_\_\_\_\_

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**

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 representatives 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: \_\_\_\_\_

**Nombre del (de la) paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 Idioma de preferencia:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

**Sección 5.1 Autorización para divulgar/usar la información sobre salud**

Autorizo a mis proveedores de atención médica, a mi compañía de seguro médico, plan de atención médica o programas que me brindan beneficios de atención médica (conjuntamente, "Aseguradores de Salud") y cualesquiera farmacias especializadas a divulgar a Regeneron Pharmaceuticals, Inc. y a sus representantes y contratistas (conjuntamente, "Regeneron") la información vinculada con mi tratamiento con EYLEA® (aflibercept) Inyectable (conjuntamente, "Mi Información").

Mis proveedores de atención médica, Aseguradores de Salud, farmacia especializada y Regeneron podrán usar y divulgar Mi Información para los siguientes fines:

- para determinar si reúno los requisitos para participar en el programa de asistencia de reembolso de Regeneron, en el programa 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 el reembolso;
- para brindar asistencia con las apelaciones de reclamos de 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 especializada pueden obtener una remuneración por parte de Regeneron a cambio de divulgar Mi Información a Regeneron y/o brindarme servicios de apoyo relacionados con los Programas de EYLEA4U. Comprendo que, una vez que Mi Información haya sido divulgada a Regeneron, es posible que deje de estar protegida por las leyes de privacidad federales. No obstante, Regeneron se compromete a proteger Mi Información utilizándola y divulgándola exclusivamente para los fines previstos en la presente Autorización o 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, a 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, salvo que yo la revoque con anterioridad. En el caso de los residentes de California, esta autorización caduca a los 18 meses a partir de la fecha indicada a continuación, salvo que yo la revoque con anterioridad. Entiendo que recibiré una copia de la presente Autorización.

**Firma del (de la) paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Sección 5.2 Información financiera** (se debe completar para los pedidos de asistencia de los (las) pacientes)

**Ingresos totales del grupo familiar** (incluir salario/jornales; ingresos del Seguro Social; subsidios por discapacidad y cualquier otro ingreso):\*

\$0 a \$25,000  \$25,001 a \$50,000  \$50,001 a \$75,000  \$75,001 a \$100,000  Más de \$100,000

\*Se solicitará documentación de respaldo.

**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 (de la) paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 Idioma de preferencia:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

**Sección 5.3 Certificación del (de la) paciente**

Al firmar a continuación, me inscribo en los Programas EYLEA4U®, y autorizo a Regeneron a proporcionarme los Programas EYLEA4U. Al firmar a continuación, confirmo 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 comunicarse conmigo por correo, teléfono o correo electrónico para enviarme información sobre los Programas EYLEA4U, las indicaciones aprobadas por la Administración de Medicamentos y Alimentos [FDA, por sus siglas en inglés] para EYLEA® (afibercept) Inyectable, información sobre la presencia de enfermedades relacionadas y productos, promociones, servicios y estudios de investigación, y a solicitar mi opinión sobre esa información y esos temas, incluidas las encuestas de investigación de mercado y 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. Entiendo que los miembros de Regeneron podrán compartir información sobre salud que pueda ser identificada, con el objeto de eliminar los datos que permitan la identificación para estos fines y según 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 quedar totalmente excluido(a) 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 (de la) paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Section 5.4 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 5.1 and 5.3 of this form, (iii) that to the best of my knowledge the information, if applicable, under Section 5.2 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**