

PATIENT ENROLLMENT FORM

PATIENT AND PRESCRIBER INFORMATION

*First Name: _____ Middle Initial: _____ *Last Name: _____ *Gender: Male Female
 *Date of Birth: ___ / ___ / ___ Patient EMR #: _____ Social Security #: _____
 *Address: _____ *City: _____ *State: ___ *ZIP: _____ Primary Language: _____
 *Primary Phone Number: (_____) _____ Secondary Phone Number: (_____) _____
 *Prescribing Physician First Name: _____ *Last Name: _____ *NPI: _____
 *This Patient Will Be Injected (Place of Service): Physician Office Hospital Outpatient Ambulatory Surgical Center
 Specialty Pharmacy Requested/Preferred for Dispensing Preferred Specialty Pharmacy: _____
If specialty pharmacy is available or required per the patient's benefit structure, we will provide the necessary prescription form with the Summary of Patient Benefits.
 Primary Office Contact for This Patient Enrollment: _____ Phone: (____) _____ Email: _____
 Yes No AccessPlus can contact patient directly to obtain information relating to this enrollment.

INSURANCE INFORMATION

*Does patient have insurance? Yes No **Please attach copy of patient's insurance card(s) (front and back) or complete the section below.*
Primary Insurance Copy of patient's primary insurance card (front and back) attached.
 Medicare Medicare Advantage Plan
 Commercial/Private Medicaid Other
 Insurance Name: _____
 Phone: _____
 Subscriber Name: _____ Subscriber ID: _____
 Policy/Group #: _____
Secondary Insurance Copy of patient's secondary insurance card (front and back) attached.
 Medicare Medicare Advantage Plan
 Commercial/Private Medicaid Other
 Insurance Name: _____
 Phone: _____
 Subscriber Name: _____ Subscriber ID: _____
 Policy/Group #: _____

DIAGNOSIS

Primary		Secondary		Tertiary		ICD-9-CM	(Diagnosis of diabetic macular edema is required for AccessPlus to complete benefit investigation.)
Rt	Lt	Rt	Lt	Rt	Lt		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	362.07	Diabetic macular edema
In accordance with ICD-9-CM 2014 coding guidance, diabetic macular edema must be coded with:							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	250.50	Diabetes with ophthalmic manifestations, type 2 or unspecified type, not stated as uncontrolled
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	250.51	Diabetes with ophthalmic manifestations, type 1 (juvenile type), not stated as uncontrolled
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	250.52	Diabetes with ophthalmic manifestations, type 2 or unspecified type, uncontrolled
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	250.53	Diabetes with ophthalmic manifestations, type 1 (juvenile type), uncontrolled
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	362.01	Background diabetic retinopathy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	362.02	Proliferative diabetic retinopathy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	362.03	Nonproliferative diabetic retinopathy NOS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	362.04	Mild nonproliferative diabetic retinopathy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	362.05	Moderate nonproliferative diabetic retinopathy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	362.06	Severe nonproliferative diabetic retinopathy

TREATMENT INFORMATION AND PATIENT HISTORY

Date of Primary Diagnosis: _____
 Anticipated Date of Treatment: _____
 Prior Corticosteroid Treatment
 Medication Prescribed: _____
 Date of Treatment: _____
 Patient did not have a clinically significant rise in intraocular pressure.

FINANCIAL ASSISTANCE

Please complete this section if you would like AccessPlus to review patient's eligibility for financial assistance.
 *Current Gross Annual Household Income: \$ _____ *Number in Household (including patient): _____
Documentation of income may be required.

PATIENT AUTHORIZATION

Patient must sign and date the attached Patient Authorization and Notice of Release of Information for this Patient Enrollment form to be processed.
 Patient has signed Patient Authorization and Notice of Release of Information (page 2) and it is attached.

Please fax completed Patient Enrollment to ILUVIEN AccessPlus at 1-844-501-7161.

*Required field. Alimera Sciences reserves the right to change or cancel the ILUVIEN AccessPlus Program at any time.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y AVISO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Programa AccessPlus

AccessPlus es un programa gratuito ofrecido por Alimera Sciences para usted. AccessPlus trabaja en nombre de usted y de su proveedor de atención médica para investigar y coordinar la cobertura de los costos de ILUVIEN por su seguro médico, evaluar sus costos al contado asociados con ILUVIEN en base al plan de beneficios de su seguro médico, referirlo(a) a programas o fundaciones que podrían proporcionarle asistencia con los costos de ILUVIEN y ayudarlo a determinar si reúne los requisitos para el Programa de Copago de AccessPlus, el cual le ayuda a pagar los costos de ILUVIEN. Asistimos tanto a las personas que tienen un plan de seguro médico como a aquellas que no lo tienen.

Si no tiene un plan de seguro médico, o si su plan no paga los costos de ILUVIEN, es posible que podamos ayudar. Si usted cumple ciertos criterios económicos y médicos, podemos suministrar el medicamento gratuitamente. Esto se lleva a cabo a través del Programa de Asistencia al Paciente de AccessPlus.

Para que podamos ayudar, necesitamos ver, usar y divulgar su información de salud protegida (PHI, por las siglas en inglés de *protected health information*). Su proveedor de atención médica y su plan de seguro médico solo nos pueden divulgar la PHI de usted si nos lo autoriza por escrito. Al firmar este formulario de autorización, usted autoriza a su proveedor de atención médica y a su plan de seguro médico a que nos divulguen su PHI, y usted nos autoriza a divulgar su PHI según sea necesario para prestarle nuestros servicios. Una vez que usted firme este formulario y usted o su proveedor de atención médica, en nombre de usted, nos envíe el formulario de vuelta, podremos empezar a proporcionarle estos servicios.

Puede optar por no otorgar esta autorización, no obstante, es importante que comprenda que no podemos proporcionar nuestros servicios sin su autorización. Eso significa que quizá usted tenga que pagar por ILUVIEN por cuenta propia.

Autorización del paciente para divulgar/usar información de salud

Por favor lea esta información atentamente. Si tiene alguna pregunta, su medico puede llamar al AccessPlus al 1.844.445.8843, opción 3.

Por el presente autorizo a mis proveedores de atención médica, planes de seguro médico, aseguradores o programas que me proporcionan beneficios de atención médica y a cualquier farmacia especializada a divulgar a Alimera Sciences y a sus representantes (incluido RxCrossroads) y contratistas (denominados conjuntamente "Alimera") mi información de salud protegida ("PHI"). Esto incluye toda mi historia clínica relacionada con mi tratamiento, la información sobre los beneficios de mi plan de seguro médico y cualquier información que guarde relación con mi salud o mi tratamiento con ILUVIEN.

Entiendo que mi proveedor farmacéutico especializado podrá recibir una remuneración de parte de Alimera Sciences por divulgar a AccessPlus los beneficios de mi plan de seguro médico, incluida mi PHI, para recibir tratamiento con ILUVIEN.

Mi PHI se podrá utilizar únicamente de las maneras siguientes: en la operación y administración del programa AccessPlus, para evaluar la cobertura de mi plan de seguro médico para ILUVIEN y dar asistencia con relación a dicha cobertura, para solicitar mi participación en el Programa de Asistencia al Paciente de AccessPlus, para determinar mi admisibilidad para recibir otras formas de cobertura y fuentes de financiamiento, en la coordinación del surtido de recetas médicas a través de una farmacia, para hacer un seguimiento de mi uso de ILUVIEN, y para fines administrativos de Alimera Sciences y de nuestros representantes.

La presente autorización y aviso de divulgación tendrá vigencia por un (1) año a partir de la fecha consignada al final de este documento junto con mi firma. Una vez que yo firme este formulario, entiendo que mi PHI podría no estar amparada por cualquier ley federal que restrinja el uso y la divulgación de mi PHI. No existe ninguna garantía de que mi PHI no se divulgará a terceros. Tales terceros podrían no necesitar acatar las condiciones de la presente autorización y aviso de divulgación. Sin embargo, Alimera se compromete a proteger mi PHI usándola y divulgándola solo para los fines autorizados en el presente o según lo exija la ley.

Sé que puedo optar por no firmar este formulario. Puedo retirar mi autorización en cualquier momento y por cualquier motivo. Eso no afectará mi admisibilidad para obtener tratamiento médico con ILUVIEN y no tendrá efecto alguno en el tratamiento que yo reciba de mi proveedor de atención médica. Para retirar mi autorización, debo enviar una notificación por escrito a Alimera Sciences. Esta se puede enviar por fax al 1.844.501.7161 o por correo a Alimera Sciences, AccessPlus, c/o RxCrossroads, PO Box 5873, Louisville, KY 40205. Alimera enviará una notificación oportuna de mi retiro (revocación) de autorización a mis proveedores de atención médica, planes de seguro médico, aseguradores o programas que me proporcionan beneficios de atención médica y cualesquiera farmacias especializadas. Una vez que reciban y procesen la notificación de retiro (revocación) de esta autorización, ya no podrán divulgar mi PHI a Alimera. Sin embargo, la cancelación de esta autorización no afectará la posibilidad de que Alimera use y divulgue mi PHI que ya había recibido (salvo que las leyes de mi estado impidan que Alimera continúe usando y divulgando dicha PHI). Este retiro de autorización tendrá efecto desde el momento que Alimera Sciences reciba la notificación. Si yo no firmo este formulario o si retiro mi autorización, Alimera Sciences no podrá ayudarme con el programa AccessPlus.

Entiendo que yo, como el paciente o firmante, tengo derecho a obtener una copia de la presente autorización y aviso de divulgación que lleva mi firma.

He leído este documento o se me ha explicado. Al firmar este formulario, sé que estoy autorizando la divulgación de mi PHI tal como se ha descrito anteriormente en el presente. Por favor llene toda la información a continuación y asegúrese de firmar y fechar este formulario para que no se retrase el inicio de los servicios del programa AccessPlus.

He leído y acepto la Autorización del Paciente y Aviso de Divulgación de Información que se adjunta.

Firma del paciente o persona autorizada legalmente Relación con el(la) paciente Fecha de firma

Nombre Inicial de 2° nombre Apellido

Nombre de persona legalmente autorizada Teléfono de contacto

Debe firmar
y fechar aquí

Nombre del
paciente en letra
de imprenta aquí

Si firma por el(la)
Paciente, escriba
su nombre en letra
de imprenta aquí

AUTORIZACIÓN
DEL PACIENTE