

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE**

\*Indica un campo obligatorio

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

\*Primer nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ \*Apellido: \_\_\_\_\_  
**\*Ingrese la siguiente información del paciente O adjunte la portada/hoja de datos demográficos de la historia clínica electrónica (EMR, por sus siglas en inglés). DEBE INGRESAR EL PRIMER NOMBRE Y EL APELLIDO DEL PACIENTE EN LA SECCIÓN ANTERIOR.**  
 \*Portada/hoja de datos demográficos de la EMR adjunta.  
 \*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \*Sexo:  Hombre  Mujer \*Núm. de EMR del paciente: \_\_\_\_\_  
 Idioma principal: \_\_\_\_\_ Teléfono principal: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 \*Dirección: \_\_\_\_\_ \*Ciudad: \_\_\_\_\_ \*Estado: \_\_\_\_\_ \*Código postal: \_\_\_\_\_  
 AccessPlus puede comunicarse con este paciente para obtener información relacionada con esta inscripción:  Sí  No

SEGURO

**\*OBLIGATORIO: Adjunte a esta inscripción una copia de la tarjeta o tarjetas del seguro (parte delantera y trasera) del paciente y/o la portada/hoja de datos demográficos de la EMR.**

\*Copia adjunta de la tarjeta o tarjetas del seguro.  \*Portada/hoja de datos demográficos de la EMR adjunta.  
 \*Nombre del plan de seguro principal: \_\_\_\_\_ \*Núm. de ID: \_\_\_\_\_  
 \*Núm. de grupo: \_\_\_\_\_ \*Teléfono del plan: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 \*Nombre del plan de seguro secundario: \_\_\_\_\_ \*Núm. de ID: \_\_\_\_\_  
 \*Núm. de grupo: \_\_\_\_\_ \*Teléfono del plan: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR Y EL CONSULTORIO

\*Primer nombre del médico prescriptor: \_\_\_\_\_ \*Apellido: \_\_\_\_\_ \*Núm. del identificador de proveedor nacional (NPI): \_\_\_\_\_  
 \*Código postal del lugar del servicio: \_\_\_\_\_ \*Lugar del servicio:  Consultorio médico  Departamento ambulatorio del hospital (DAH)  Centro de cirugía ambulatoria (CCA)  
 \*Necesario para departamento ambulatorio del hospital /Lugar de servicio CCA: Nombre del centro de DAH o CCA: \_\_\_\_\_  
 Número de identificación tributaria del DAH o CCA: \_\_\_\_\_  
 Farmacia especializada a la que se solicitó la dispensación **Alergias farmacológicas conocidas** (necesario para la prescripción de medicamentos especiales o SP, por sus siglas en inglés): \_\_\_\_\_ (AccessPlus le enviará por fax un formulario de remisión de prescripción de ILUVIEN para que lo firme el prescriptor, de modo que podamos investigar la disponibilidad del SP sobre la base de la estructura de beneficios del paciente).  
**\*Contacto del consultorio principal para la inscripción de este paciente:**  
 \*Nombre: \_\_\_\_\_ \*Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 \*Correo electrónico: \_\_\_\_\_ \*Enviar por fax los resultados de la investigación de beneficios a: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PREVIOS DE CORTICOSTEROIDES

**\*IMPORTANTE: DEBE RELLENAR ESTA SECCIÓN**

**\*OBLIGATORIO:** Ingrese en esta sección el historial de tratamiento previo con corticosteroides del paciente.  
**Tratamiento corticoesteroide previo NECESARIO conforme a la indicación aprobada por la FDA para ILUVIEN.**  
 \*Medicamento recetado: \_\_\_\_\_  
 \*Fecha de la prescripción: \_\_\_\_\_  
 \*Fecha prevista del tratamiento con ILUVIEN: \_\_\_\_\_

**\*ANTECEDENTES DE USO DE ILUVIEN**

\*¿El paciente ha recibido ILUVIEN anteriormente?  
 No  Sí

\*Si la respuesta es "Sí", indique las fechas:

	OD	OS
*Fecha:		
*Fecha:		
*Fecha:		
*Fecha:		

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE

*DIAGNÓSTICO	Ojo derecho	Ojo izquierdo	Bilateral
<b>Diabetes mellitus debida a afección subyacente con...</b>			
Retinopatía diabética no proliferativa leve con edema macular	<input type="checkbox"/> E08.3211	<input type="checkbox"/> E08.3212	<input type="checkbox"/> E08.3213
Retinopatía diabética no proliferativa moderada con edema macular	<input type="checkbox"/> E08.3311	<input type="checkbox"/> E08.3312	<input type="checkbox"/> E08.3313
Retinopatía diabética no proliferativa grave con edema macular	<input type="checkbox"/> E08.3411	<input type="checkbox"/> E08.3412	<input type="checkbox"/> E08.3413
Retinopatía diabética proliferativa con edema macular	<input type="checkbox"/> E08.3511	<input type="checkbox"/> E08.3512	<input type="checkbox"/> E08.3513
<b>El medicamento o el producto químico provocó diabetes mellitus con...</b>			
Retinopatía diabética no proliferativa leve con edema macular	<input type="checkbox"/> E09.3211	<input type="checkbox"/> E09.3212	<input type="checkbox"/> E09.3213
Retinopatía diabética no proliferativa moderada con edema macular	<input type="checkbox"/> E09.3311	<input type="checkbox"/> E09.3312	<input type="checkbox"/> E09.3313
Retinopatía diabética no proliferativa grave con edema macular	<input type="checkbox"/> E09.3411	<input type="checkbox"/> E09.3412	<input type="checkbox"/> E09.3413
Retinopatía diabética proliferativa con edema macular	<input type="checkbox"/> E09.3511	<input type="checkbox"/> E09.3512	<input type="checkbox"/> E09.3513
<b>Diabetes mellitus tipo 1 con...</b>			
Retinopatía diabética no proliferativa leve con edema macular	<input type="checkbox"/> E10.3211	<input type="checkbox"/> E10.3212	<input type="checkbox"/> E10.3213
Retinopatía diabética no proliferativa moderada con edema macular	<input type="checkbox"/> E10.3311	<input type="checkbox"/> E10.3312	<input type="checkbox"/> E10.3313
Retinopatía diabética no proliferativa grave con edema macular	<input type="checkbox"/> E10.3411	<input type="checkbox"/> E10.3412	<input type="checkbox"/> E10.3413
Retinopatía diabética proliferativa con edema macular	<input type="checkbox"/> E10.3511	<input type="checkbox"/> E10.3512	<input type="checkbox"/> E10.3513
<b>Diabetes mellitus tipo 2 con...</b>			
Retinopatía diabética no proliferativa leve con edema macular	<input type="checkbox"/> E11.3211	<input type="checkbox"/> E11.3212	<input type="checkbox"/> E11.3213
Retinopatía diabética no proliferativa moderada con edema macular	<input type="checkbox"/> E11.3311	<input type="checkbox"/> E11.3312	<input type="checkbox"/> E11.3313
Retinopatía diabética no proliferativa grave con edema macular	<input type="checkbox"/> E11.3411	<input type="checkbox"/> E11.3412	<input type="checkbox"/> E11.3413
Retinopatía diabética proliferativa con edema macular	<input type="checkbox"/> E11.3511	<input type="checkbox"/> E11.3512	<input type="checkbox"/> E11.3513
<b>Otras diabetes mellitus especificadas con...</b>			
Retinopatía diabética no proliferativa leve con edema macular	<input type="checkbox"/> E13.3211	<input type="checkbox"/> E13.3212	<input type="checkbox"/> E13.3213
Retinopatía diabética no proliferativa moderada con edema macular	<input type="checkbox"/> E13.3311	<input type="checkbox"/> E13.3312	<input type="checkbox"/> E13.3313
Retinopatía diabética no proliferativa grave con edema macular	<input type="checkbox"/> E13.3411	<input type="checkbox"/> E13.3412	<input type="checkbox"/> E13.3413
Retinopatía diabética proliferativa con edema macular	<input type="checkbox"/> E13.3511	<input type="checkbox"/> E13.3512	<input type="checkbox"/> E13.3513
<input type="checkbox"/> Otro(s) código(s) de diagnóstico: _____			

El paciente debe firmar y fechar la Autorización del paciente y aviso de revelación de información en la página 2 de este formulario de inscripción del paciente para que se pueda procesar.

Envíe por fax a AccessPlus la inscripción del paciente rellena al 1-844-501-7161.

\*Indica un campo obligatorio. Alimera Sciences se reserva el derecho a cambiar o cancelar el Programa AccessPlus en cualquier momento.

## AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA REVELAR/UTILIZAR INFORMACIÓN MÉDICA

**Autorización de usos y revelaciones:** Por el presente autorizo e instruyo (1) a todos los proveedores de atención médica y las farmacias involucrados en mi atención y tratamiento, así como a sus empleados, personal de oficina y agentes, incluidos profesionales de atención médica afiliados (denominados en conjunto "Proveedores"), (2) a las aseguradoras y planes de atención médica (denominados en conjunto "Aseguradoras") a utilizar y revelar mi "información médica protegida" ("Información"), tal como se describe más adelante, a Alimera Sciences y sus representantes (incluido RxCrossroads) y contratistas (denominados en conjunto "Alimera"). También autorizo expresamente todos los usos y las revelaciones descritos en el presente donde yo proporcione la información a Alimera.

**Descripción de la Información:** Entiendo que mi Información incluye, aunque no exclusivamente, mi nombre, fecha de nacimiento y otra información personal y datos identificadores (incluida mi dirección), información médica, incluida información sobre mi problema de salud y afecciones médicas relacionadas y tratamiento con ILUVIEN, historia clínica e información financiera (incluida información sobre mi seguro), así como otra información personal que los Proveedores y/o Aseguradoras obtengan sobre mi o que yo de otro modo proporcione a Alimera.

**Fines:** Autorizo e instruyo a los Proveedores y/o Aseguradoras a utilizar y revelar mi Información a Alimera para los siguientes fines: (1) operar y administrar el Programa AccessPlus; (2) revisar y proporcionar asistencia en relación con la cobertura de mi plan de atención médica para ILUVIEN; (3) solicitar el Programa de ayuda al paciente de AccessPlus; (4) determinar la elegibilidad para formas alternativas de cobertura y fuentes de financiación; (5) para fines administrativos de Alimera, como hacer un seguimiento de mi uso de ILUVIEN.

**Remuneración:** Entiendo que mi proveedor de farmacia especializada puede recibir una remuneración por parte de Alimera en relación con esta Autorización y la revelación de mi Información conforme a esta Autorización.

**Caducidad:** A menos que la revoque, esta Autorización caducará en un plazo de tres (3) años desde la fecha de la firma más abajo.

**Revocación:** Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización solicitándolo por escrito a Alimera Sciences, AccessPlus, c/o RxCrossroads, PO Box 5873, Louisville, KY 40205 o enviando un fax a 844-501-7161; sin embargo, entiendo que dicha revocación no tendrá efecto para la Información que ya se haya utilizado y/o revelado conforme a esta Autorización.

**Tratamiento no condicionado; la firma es voluntaria:** Entiendo que ni los Proveedores, las Aseguradoras ni Alimera condicionarán mi tratamiento a la firma de esta Autorización. Puedo decidir no firmar esta Autorización. Sin embargo, si decido no firmar, Alimera no podrá ayudarme con el programa AccessPlus.

**Posibilidad de nueva revelación:** Entiendo Alimera podría volver a revelar la Información revelada de conformidad con esta Autorización y que podría dejar de estar protegida por la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), una ley federal en materia de privacidad.

**Copia:** Entiendo que se me entregará una copia de esta Autorización firmada si así lo solicito.

<b>PATIENT AUTHORIZATION</b>	<input type="checkbox"/> <b>*Por el presente certifico que soy mayor de 18 años, que he leído la información precedente y que la entiendo plenamente.</b>		
	Debe firmar y fechar aquí	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Debe rellenar esto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Si está firmando por el paciente, debe rellenar esto.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>*Firma del paciente o la persona legalmente autorizada</b>	<b>Relación con el paciente</b>	<b>*Fecha de la firma</b>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>*Primer nombre del paciente</b>	<b>Inicial del segundo nombre</b>	<b>*Apellido</b>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>Nombre de la persona legalmente autorizada</b>		<b>*Teléfono de contacto de la persona legalmente autorizada</b>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

ASISTENCIA FINANCIERA

**ASISTENCIA FINANCIERA**

**\*Rellene esta sección si el paciente desea que AccessPlus investigue las opciones de asistencia financiera para ILUVIEN.**

\*Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

\*Ingresos anuales del hogar: \$ \_\_\_\_\_ \*Número de personas en el hogar (incluido el paciente): \_\_\_\_\_

PROGRAMA DE COPAGOS DE ILUVIEN

**Programa de copagos de ILUVIEN<sup>1</sup>:** Los pacientes con seguros comerciales o privados que cubran ILUVIEN para la indicación aprobada califican para el programa. El paciente debe ser residente en los Estados Unidos. El programa no tiene un requisito de elegibilidad por ingresos y no existe un nivel de asistencia máximo. El paciente es responsable de los primeros \$25 del copago de ILUVIEN. **Los ingresos del hogar y el número de personas en el hogar es información necesaria para la aprobación del programa.**

*Puede solicitarse una prueba de los ingresos para fines de auditoría. El programa no incluye asistencia para la parte del costo compartido que corresponde al paciente por el procedimiento de inyección u otros costos asociados con la administración de ILUVIEN.*

ASISTENCIA DE FUNDACIONES

**Asistencia de fundaciones:** Las fundaciones son organizaciones independientes sin ánimo de lucro dedicadas a proporcionar asistencia financiera a los pacientes asegurados de forma insuficiente, a través de fondos específicos para la enfermedad. En el caso de ILUVIEN, puede estar disponible asistencia financiera a través del Fondo para enfermedades maculares establecido por una fundación.

\*Nos gustaría contar con asistencia en el proceso de iniciar una solicitud ante una fundación para este paciente.

**Si se selecciona la asistencia con el proceso de solicitud a una fundación, el paciente debe leer, firmar y fechar lo siguiente:**

**INSTRUCCIONES Y AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE A LA FUNDACIÓN:**

**Lea detenidamente esta información. Si tiene alguna pregunta, hable con el consultorio de su proveedor de atención médica.**

Por el presente, confirmo y certifico que la información suministrada aquí es completa y precisa. Entiendo y acepto que la(s) fundación(es) y sus terceros agentes autorizados pueden utilizar mi información demográfica, que incluye entre otras cosas, mi número del seguro social, fecha de nacimiento, nombre y dirección para obtener información sobre mí de terceros, con el objetivo de evaluar mi solicitud de asistencia financiera por parte de una fundación. Autorizo a la(s) fundación(es) y sus terceros agentes autorizados a obtener registros de consumidor sobre mí, lo que incluye mi información de crédito y otra información derivada de fuentes públicas y de otro tipo, para estimar mis ingresos y determinar mi elegibilidad para la asistencia financiera de la fundación. Se ha advertido a AccessPlus de que la indagación sobre créditos blandos utilizada en el proceso de solicitud no afecta a la puntuación de crédito del paciente. También autorizo a la(s) fundación o fundaciones y sus terceros agentes autorizados a obtener información sobre mí de fuentes de información distintas de agencias de informes del consumidor, para evaluar mi elegibilidad para la asistencia financiera de una fundación.

Entiendo que la(s) fundación o fundaciones y sus terceros agentes autorizados se reservan el derecho a pedir documentos e información adicionales en cualquier momento. También entiendo que la información financiera que comunico puede ser objeto de una auditoría, según estime necesario la fundación que me proporciona asistencia financiera.

También entiendo que cualquier información falsa o incompleta que proporcione a la(s) fundación o fundaciones podría dañar indebidamente a la fundación, su reputación y su estatus de exención de impuestos y, por tanto, también puede constituir fraude que puede generar responsabilidad legal. Entiendo que cualquier asistencia financiera que me proporcione una fundación puede ser recuperada si la fundación tiene conocimiento de cualquier información imprecisa o actividad fraudulenta relacionada con la solicitud de la asistencia suministrada.

Entiendo que la asistencia no se garantiza ni promete. Cualquier asistencia que pueda proporcionar la fundación estará limitada a los términos y condiciones que establezca la fundación. La fundación se reserva el derecho en cualquier momento, y por cualquier motivo, sin aviso, a (1) modificar el formulario de solicitud, (2) modificar los criterios de elegibilidad o (3) modificar o interrumpir cualquier asistencia.

Esta autorización tiene una vigencia de 3 años desde la fecha indicada a continuación con mi firma.

PATIENT AUTHORIZATION

**\*Por el presente certifico que soy mayor de 18 años, que he leído la información precedente y que la entiendo plenamente.**

Debe firmar y fechar aquí	_____		
	*Firma del paciente o la persona legalmente autorizada	Relación con el paciente	*Fecha de la firma
Debe rellenar esto	_____		
	*Primer nombre del paciente	Inicial del segundo nombre	*Apellido
Si está firmando por el paciente, debe rellenar esto.	_____		
	Nombre de la persona legalmente autorizada	*Teléfono de contacto de la persona legalmente autorizada	

<sup>1</sup>El Programa de copago de ILUVIEN SOLO es válido para pacientes con un seguro comercial (privado o no gubernamental). No es válido para pacientes que son beneficiarios del Gobierno o cuyos fármacos de venta con receta estén cubiertos, total o parcialmente, en virtud de Medicaid, Medicare, un plan de Medicare Parte D o Medicare Advantage, TRICARE, CHAMPUS, el Plan de seguro médico del Gobierno de Puerto Rico, o cualquier otro programa estatal o federal de atención médica. Los pacientes que se conviertan en beneficiarios del Gobierno durante su período de inscripción dejarán de calificar para el programa a partir de la fecha en que se conviertan en beneficiarios del Gobierno.

El paciente debe firmar y fechar la Autorización del paciente y aviso de revelación de información en la página 2 de este formulario de inscripción del paciente para que se pueda procesar.

Envíe por fax a AccessPlus la inscripción del paciente rellenada al 1-844-501-7161.

\*Indica un campo obligatorio. Alimera Sciences se reserva el derecho a cambiar o cancelar el Programa AccessPlus en cualquier momento.