

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) _____



Los médicos prescriptores deben completar todas las secciones de las páginas 1 a 3. El paciente debe completar las páginas 4 a 9 o inscribirse digitalmente en LEQEMBIConsent.com.



Ofertas de programas

(El médico debe seleccionar entre las siguientes ofertas de programas para inscribirse)



☐ Investigación de beneficios

Ayuda a los pacientes a comprender su cobertura de LEQEMBI®



☐ Programa de asistencia del copago

Ayuda a los pacientes elegibles con seguro comercial a cubrir el costo de LEQEMBI



☐ Programa de asistencia para pacientes (Patient Assistance Program, PAP)

Proporciona LEQEMBI sin costo alguno a los pacientes elegibles con necesidades financieras. Se requiere una receta válida; consulte la información de farmacia a continuación



Información del médico prescriptor

Nombre del médico prescriptor* _____ Apellido del médico prescriptor* _____

Título del médico prescriptor _____ Si es NP o PA, bajo la dirección del médico _____

NPI del médico prescriptor* _____ PTAN de Medicare* _____ Identificación fiscal* _____

Dirección del consultorio* _____ Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____

Teléfono del consultorio* _____ Fax del consultorio _____

Contacto y título del consultorio _____ Teléfono de contacto del consultorio* _____ Correo electrónico de contacto del consultorio _____

Nombre de la organización de atención de la salud _____



Información sobre el tratamiento y el centro de infusión

LEQEMBI intravenoso (i.v.)† ☐ Terapia de inicio* ☐ Terapia de mantenimiento*

Código ICD-10 principal* _____ Código ICD-10 secundario _____

Peso del paciente (lb) _____ Alergias a fármacos _____

Si el médico prescriptor está administrando LEQEMBI, seleccione el método de adquisición a continuación (marque solo uno)*

☐ Centro de la compra ☐ Farmacia especializada ☐ Indeterminado

¿Necesita ayuda para encontrar un centro de infusión para su paciente?* ☐ Sí ☐ No

Si seleccionó no anteriormente y está derivando al paciente a un centro de tratamiento conocido, complete la información a continuación:

Nombre del centro de infusión o del proveedor de atención médica* _____

Dirección* _____

Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____

Contacto y título del consultorio* _____


Teléfono* _____ Fax _____

Identificador de proveedor nacional (National Provider Identifier, NPI) del centro del tratamiento* _____ Identificación fiscal del centro del tratamiento* _____

*Campo obligatorio.

†Consulte la Información de prescripción completa en EisaiPatientSupport.com/LEQEMBI.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) _____



Preferencias de comunicación

| | |
|--|--|
| ¿Contacto principal del caso? <input type="checkbox"/> Médico prescriptor <input type="checkbox"/> Centro de infusión | ¿Método de comunicación preferido? <input type="checkbox"/> Solo fax <input type="checkbox"/> Actualizaciones por fax y teléfono |
| Las comunicaciones por fax deben enviarse a: <input type="checkbox"/> Solo al centro de infusión <input type="checkbox"/> Solo al médico prescriptor <input type="checkbox"/> Ambos | |

Declaración y consentimiento del proveedor de atención médica

Declaro y garantizo que estoy autorizado de conformidad con las leyes de mi estado de licencia para recetar LEQEMBI®. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es completa y precisa y que he recetado LEQEMBI a este paciente, con base en mi criterio profesional independiente de necesidad médica y que he tenido en cuenta las consideraciones relevantes de seguridad del paciente y la información de prescripción completa. Entiendo que debo enviar una receta de LEQEMBI a la farmacia que se indica a continuación. Al inscribir a mi paciente en este programa, acepto que el equipo médico de Eisai pueda ponerse en contacto conmigo para recibir información educativa sobre LEQEMBI.



Certificación del médico prescriptor*
(SE REQUIERE LA FIRMA ORIGINAL)



Fecha*

*Campo obligatorio.

Información de la farmacia

Los proveedores de atención médica pueden enviar recetas a la siguiente farmacia de forma electrónica o por fax. Necesario solo para la evaluación de PAP y TSP.

Farmacia de asistencia al paciente de Eisai

| | |
|---|---|
| 2730 S. Edmonds Ln, Suite 400A, Lewisville, TX 75067 NCPDP: 5942176 NPI: 1861259194 Fax: 1-833-770-7017 | Horario de atención: de lun. a vie., de 9 a. m a 6 p. m, hora del este |
|---|---|

La farmacia de asistencia al paciente de Eisai es operada por Sonexus™ Health Pharmacy Services, LLC.

Términos y condiciones del Programa de suministros temporales de LEQEMBI

El Programa de suministros temporales proporciona un suministro gratuito temporal de hasta 75 días de LEQEMBI para pacientes elegibles, con seguro comercial, nuevos en la terapia con LEQEMBI que estén a la espera de una determinación final de cobertura por parte de su proveedor de seguros durante cinco o más días hábiles y el proveedor del paciente haya presentado una apelación de primer nivel de la denegación de autorización previa. El paciente debe tener una receta válida de LEQEMBI para una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y cumplir ciertos criterios de necesidad financiera. No disponible para los pacientes inscritos en programas de atención de la salud estatales o federales, incluidos Medicare, Medicaid, Medigap, VA, DoD o TRICARE. Eisai Inc. se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar este Programa en cualquier momento sin previo aviso. Consulte los términos y condiciones completos y la Información de prescripción completa en EisaiPatientSupport.com/LEQEMBI.

Términos y condiciones del Programa de asistencia para pacientes que tienen receta para LEQEMBI

El Programa de asistencia para pacientes que tienen receta para LEQEMBI proporciona fármacos gratuitos a los pacientes elegibles que cumplan los criterios de necesidad financiera y cobertura de seguros. El paciente debe tener una receta válida de LEQEMBI para una indicación aprobada por la FDA. Eisai Inc. se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar este Programa en cualquier momento sin previo aviso. Consulte los términos y condiciones completos y la Información de prescripción completa en EisaiPatientSupport.com/LEQEMBI.

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento
(DD/MM/AAAA) _____**Términos y condiciones del Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI®**

Al paciente se le debe prescribir LEQEMBI para una indicación aprobada por la FDA y debe tener un seguro médico privado y comercial que cubra LEQEMBI. La oferta no es válida para los pacientes inscritos en programas de atención de la salud estatales y federales, incluidos Medicare, Medicaid, Medigap, VA, DOD o TRICARE, que cubran la atención ambulatoria, incluidos los fármacos con receta o administrados por un médico, o que cubran de otro modo LEQEMBI. La oferta no es válida para pacientes no asegurados o que pagan por sí mismos, ni para tratamientos de LEQEMBI reembolsados en su totalidad por cualquier tercero pagador. Es posible que los pacientes elegibles que participen en el Programa paguen \$0 de gastos de bolsillo por fecha de tratamiento. Eisai Inc. pagará hasta \$10,000 por año natural por los gastos de bolsillo de un paciente elegible con receta para LEQEMBI, incluidos gastos deducibles, copago y coseguros. Según el plan de seguro del paciente, el paciente podría tener una responsabilidad financiera adicional por cualquier monto que supere el beneficio máximo de Eisai. La documentación justificativa debe enviarse al Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI en un plazo de 365 días desde la fecha del tratamiento. Consulte los términos y condiciones completos en la página 8 de este formulario y la Información de prescripción completa en EisaiPatientSupport.com/LEQEMBI.

Programas de asistencia para pacientes, de suministros temporales y de asistencia para el copago de LEQEMBI:**Declaración del proveedor de atención médica**

He leído y acepto cumplir con los términos y condiciones del Programa de suministros temporales y asistencia para pacientes que tienen receta para LEQEMBI establecidos en este formulario de inscripción y también disponibles en EisaiPatientSupport.com/LEQEMBI. Certifico que cualquier medicamento suministrado por Eisai en virtud del Programa de asistencia para pacientes y el Programa de suministros temporales (en conjunto, los "Programas"), según corresponda, se proporcionará sin costo alguno al paciente elegible, inscrito nombrado en este formulario para una indicación aprobada por la FDA únicamente y no se venderá, intercambiará, transferirá, devolverá a cambio de crédito ni se enviará a ningún tercero (incluidos programas federales de atención de la salud como Medicare y Medicaid) para su reembolso. Certifico que mantendré LEQEMBI gratuito recibido del programa por separado del inventario comercial, que administraré LEQEMBI solo al paciente inscrito nombrado en este formulario y que desecharé las cantidades no utilizadas en viales abiertos. Entiendo que durante el período de inscripción en el Programa, los pacientes deben recibir todas las dosis de LEQEMBI a través del Programa solamente. Si el paciente inscrito ya no está en tratamiento o no puede utilizar LEQEMBI proporcionado a través de los Programas, acepto ponerme en contacto inmediatamente con el programa de apoyo al paciente de Eisai para organizar la devolución o eliminación del medicamento. Comprendo que la elegibilidad en estos Programas está sujeta a la aprobación de Eisai Inc. y al cumplimiento continuado por parte del paciente y del proveedor de todos los requisitos de elegibilidad y del Programa, según lo establece Eisai Inc. en forma oportuna. Acepto proporcionar a Eisai, o a sus agentes autorizados, acceso a los registros médicos, financieros y de seguros que este paciente me ha autorizado (en una autorización escrita y firmada) a revelar a Eisai y a sus representantes autorizados con el fin de verificar el estado de elegibilidad del paciente para el Programa y la recepción del paciente de cualquier medicamento que se le ha proporcionado a través del Programa.

He leído y acepto cumplir con los términos y condiciones del Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI establecidos en este formulario de inscripción y que también están disponibles en EisaiPatientSupport.com/LEQEMBI. Certifico que, a mi leal saber y entender, el paciente cumple los requisitos de elegibilidad establecidos en los términos y condiciones del Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI. Entiendo que la participación de los pacientes en el Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI está sujeta a la confirmación de Eisai Inc. de la elegibilidad de los pacientes y al cumplimiento continuo por mi parte y por parte del paciente de todos los términos y condiciones del Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI. Acepto que no cobraré al paciente el copago o coseguro antes del tratamiento con LEQEMBI. Certifico que mi consultorio aplicará todas las cantidades recibidas del Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI al gasto de bolsillo de los pacientes que tienen receta para LEQEMBI.

Firma del médico prescriptor* _____

Fecha* _____

El paciente debe completar las páginas 4 a 9 para completar el formulario.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) _____



El paciente debe completar las páginas 4 a 9. El paciente solo será evaluado por las ofertas de programas que su proveedor seleccione en este formulario. Aunque su firma solo es necesaria para los programas seleccionados, puede firmar las certificaciones adicionales que se tendrán en cuenta para los programas en el futuro. Los pacientes pueden inscribirse de forma digital visitando LEQEMBIConsent.com.

| Información del paciente | | TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS | |
|--|--|--|--|
| Nombre del paciente (nombre, apellido) _____ | Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) _____ | Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | |
| Dirección _____ | Ciudad _____ Estado _____ | Código postal _____ | |
| Teléfono particular _____ | Teléfono móvil _____ | Dirección de correo electrónico _____ | |
| Contacto alternativo _____ | Relación _____ | Número de teléfono _____ | |
| Nombre del médico prescriptor (nombre, apellido) _____ | | Teléfono del médico prescriptor _____ | |

| Preferencias de comunicación | | Es posible que la EPS deba comunicarse con usted para confirmar la elegibilidad para determinadas ofertas de programas. | |
|---|--|---|--|
| Método de contacto de preferencia: <input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> Teléfono móvil | ¿Es posible dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Preferiría un contacto telefónico limitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Mejor hora para llamar: <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Mediodía <input type="checkbox"/> Noche | | |
| Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

| Información del seguro médico | |
|---|------------------------------|
| Información del seguro principal (completar si corresponde) | |
| <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Plan de seguro comercial/privado <input type="checkbox"/> Otro | |
| Compañía de seguros principal _____ | Número de teléfono _____ |
| ID de la póliza/del miembro _____ | Número de grupo/cuenta _____ |
| Nombre del titular de la póliza (si el paciente no es el empleado/titular de la póliza) _____ | |
| Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA si el paciente no es el empleado/titular de la póliza) _____ | |
| Información secundaria del seguro (completar si corresponde) | |
| <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Plan de seguro comercial/privado <input type="checkbox"/> Otro | |
| Compañía de seguros secundaria _____ | Número de teléfono _____ |
| ID de la póliza/del miembro _____ | Número de grupo/cuenta _____ |
| Nombre del titular de la póliza (si el paciente no es el empleado/titular de la póliza)* _____ | |
| Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA si el paciente no es el empleado/titular de la póliza) _____ | |

*Si el paciente tiene cobertura del seguro de salud adicional más allá de los campos proporcionados, proporcione copias del anverso y reverso de las tarjetas de seguro adicionales del paciente junto con el envío de este formulario.

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento
(DD/MM/AAAA) _____


Recopilación, uso y divulgación de información médica

Como parte del Programa de apoyo al paciente de Eisai para LEQEMBI® (el "Programa"), Eisai sus filiales, proveedores, agentes, socios de colaboración, y representantes que apoyan el programa (en conjunto, "Eisai") recopilan cierta información personal sobre usted, incluido, entre otros, información sobre su estado de salud, diagnósticos, tratamiento, cobertura de seguro, información de contacto y dirección, número de Seguro Social, pago, nombre y otros identificadores, etc. (colectivamente, "Información médica"). A continuación se explica cómo se procesará esa información en ciertas circunstancias y las autorizaciones o consentimientos relacionados para esas situaciones.

Consentimiento para que Eisai procese su información médica

Eisai recopila, utiliza y divulga (en conjunto, "Procesa") su información médica según sea necesario para proporcionarle los servicios de nuestro Programa. Si decide no proporcionar esta información, no podemos proporcionar nuestros servicios. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de procesamiento de datos y los derechos que puede tener, consulte nuestra Política de privacidad en <https://us.eisai.com/privacy-policy>. Si usted o su proveedor de atención médica proporcionan información médica y luego cambian de opinión, puede retirar su consentimiento para el procesamiento futuro o solicitar la eliminación de su información (sujeto a la ley aplicable) en cualquier momento comunicándose con el Programa en 2730 S. Edmonds Lane, Suite 300, Lewisville, TX 75067, enviando una solicitud por fax al 1-833-770-7017 o llamando al 1-833-453-7362. Al firmar a continuación, otorgo mi consentimiento para que Eisai procese mi información médica.

Nombre del paciente _____

 Firma del paciente _____

Fecha _____

Nombre del representante autorizado _____

Firma del representante autorizado _____

Fecha _____

Relación con el paciente _____



Autorización para el uso y la divulgación de información de la salud.

Cada uno de sus médicos, centros de infusión, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica (en conjunto, "Proveedores de atención médica"), así como cada una de sus aseguradoras de salud ("Aseguradoras"), pueden necesitar usar o divulgar su información médica a Eisai (según se define anteriormente) para que el Programa de apoyo al paciente de Eisai para LEQEMBI (el "Programa") pueda usar la información para proporcionarle los servicios de apoyo ("Servicios") a continuación:

- I. Procesar su inscripción (o reinscripción, según corresponda) y determinar la elegibilidad para la asistencia financiera del Programa, la asistencia con copago y los Servicios de suministro temporal, incluidas las verificaciones de beneficios y la asistencia para autorizaciones previas.
- II. Proporcionarle el apoyo en línea del Programa, los Servicios de asistencia financiera y los Servicios de asistencia con copago.
- III. Verificar, investigar, coordinar y comunicar a sus Proveedores de atención médica y aseguradoras acerca de sus beneficios y cobertura del seguro, y su atención médica y medicamentos recetados.
- IV. Facilitar la dispensación de su receta por parte de una farmacia no comercial.
- V. Proporcionarle la gestión de la enfermedad y otros materiales educativos, información y servicios relacionados con su experiencia con el tratamiento con su medicamento recetado y afección.

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento
(DD/MM/AAAA) _____**Autorización para el uso y la divulgación de información de la salud (cont.)**

- VI. Comunicarnos con usted acerca de su medicamento y tratamiento, incluidos los materiales de cumplimiento, recordatorios, consejos de salud y estilo de vida, e información sobre medicamentos y demás información relacionada.
- VII. Realizar encuestas, análisis de datos, investigación de mercado, fines de garantía de calidad y mejora y otras actividades comerciales internas relacionadas con el Programa y los medicamentos y programas de Eisai.
- VIII. Ponerse en contacto con usted por correo postal, correo electrónico, teléfono o mensaje de texto a los números que proporcione sobre el Programa o cualquier problema relacionado con el Programa.

Al firmar la autorización a continuación, autorizo los usos y las divulgaciones de mi información de salud descrita anteriormente en las Secciones I-VIII. Además, autorizo el uso y la divulgación de mi información médica a mis proveedores de atención médica, aseguradoras, agencias gubernamentales, otros programas de asistencia, cuidadores o representantes legalmente autorizados que designe para los fines anteriores. Al designar a un cuidador o representante autorizado específico, autorizo a esa persona a proporcionar información sobre mis planes de seguro, situación financiera y otra información necesaria para facilitar mi participación en el Programa.

Comprendo lo siguiente:

- Una vez que se comparta mi información médica, puede que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad y que se pueda divulgar a otras personas. Sin embargo, Eisai tiene la intención de utilizar y compartir mi información médica solo como se describe en esta autorización o según lo permitido por la ley.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y la decisión de no firmarla no cambiará la forma en que mis proveedores de atención médica o aseguradoras me tratan, pero no tendré acceso al programa ni a sus servicios.
- Mi Autorización firmada permanecerá vigente durante 5 años o el período más breve que exija la ley estatal.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud a 2730 S. Edmonds Lane, Suite 300, Lewisville, Texas 75067, por fax al 1-833-770-7017 o llamando al 1-833-453-7362. También entiendo que revocar esta autorización invalidará los usos y divulgaciones de mi información médica después de la fecha en que se haya recibido mi carta de revocación, pero no invalidará los usos y divulgaciones realizados en virtud de la autorización antes de esa fecha.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) _____

Autorización para el uso y la divulgación de información de la salud (cont.)

Firma requerida para la inscripción en el servicio de apoyo al paciente de Eisai

Nombre del paciente



Firma del paciente

Fecha

Nombre del representante autorizado

Firma del representante autorizado

Fecha

Relación con el paciente

Consentimiento para recibir comunicaciones de comercialización de LEQEMBI® fuera del Programa de apoyo al paciente de Eisai (OPCIONAL)

- ☐ **Sí.** Al marcar esta casilla, otorgo mi consentimiento para que Eisai, sus afiliadas y proveedores de servicios fuera del Programa de apoyo al paciente de Eisai se comuniquen conmigo a través de correos electrónicos y plataformas en línea con recordatorios, consejos de estilo de vida y otros recursos relacionados con LEQEMBI y la enfermedad de Alzheimer en general. Al hacerlo, comprendo que Eisai puede recopilar y usar la información sobre mí, parte de la cual puede considerarse "sensible" o "datos de salud" y además compartirla con sus proveedores de servicios para la comercialización de Eisai (p. ej., noticias sobre productos y recursos, incluido LEQEMBI). Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento haciendo clic en el enlace "cancelar suscripción" al final de los correos electrónicos de Eisai o siguiendo las instrucciones de nuestra página "Sus opciones y derechos" (disponible aquí: <https://us.eisai.com/privacy-policy/your-choices-and-rights>). **La dirección de correo electrónico es obligatoria.**

Términos y condiciones del Programa de suministros temporales de LEQEMBI

El Programa de suministros temporales proporciona un suministro gratuito temporal de hasta 75 días de LEQEMBI para pacientes elegibles, con seguro comercial, nuevos en la terapia con LEQEMBI que estén a la espera de una determinación final de cobertura por parte de su proveedor de seguros durante cinco o más días hábiles y el proveedor del paciente haya presentado una apelación de primer nivel de la denegación de autorización previa. El paciente debe tener una receta válida de LEQEMBI para una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y cumplir ciertos criterios de necesidad financiera. No disponible para los pacientes inscritos en programas de atención de la salud estatales o federales, incluidos Medicare, Medicaid, Medigap, VA, DoD o TRICARE. Eisai Inc. se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar este Programa en cualquier momento sin previo aviso. Para revisar los términos y condiciones completos, visite EisaiPatientSupport.com/LEQEMBI.

Términos y condiciones del Programa de asistencia para pacientes que tienen receta para LEQEMBI

El Programa de asistencia para pacientes que tienen receta para LEQEMBI proporciona fármacos gratuitos a los pacientes elegibles que cumplan los criterios de necesidad financiera y cobertura de seguros. El paciente debe tener una receta válida de LEQEMBI para una indicación aprobada por la FDA. Eisai Inc. se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar este Programa en cualquier momento sin previo aviso. Para revisar los términos y condiciones completos, visite EisaiPatientSupport.com/LEQEMBI.

Declaración de los Programas de asistencia al paciente y suministros temporales de LEQEMBI

Firma requerida para la inscripción en el Programa de suministros temporales y el Programa de asistencia para pacientes

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud está completa y es precisa. Entiendo que cumplimentar este formulario no garantiza que pueda participar en el Programa de asistencia para pacientes ("PAP") o en el Programa de suministros temporales ("TSP") (en conjunto, los "Programas"). Entiendo que la inscripción en el programa finalizará si ya no se me receta LEQEMBI. Entiendo que durante el período de inscripción en el Programa, debo recibir todas las dosis de LEQEMBI a través del Programa solamente. Acepto notificar inmediatamente al Programa de apoyo al paciente de Eisai (Eisai Patient Support, "EPS") de LEQEMBI al 1-833-453-7362 si hay algún cambio en mi receta, ingresos o cobertura de seguro de LEQEMBI. Entiendo y acepto que no solicitaré reembolso ni crédito de LEQEMBI, ni presentaré un reclamo a través de los Programas a ninguna aseguradora, plan de salud o programa gubernamental (como Medicare o Medicaid). También entiendo y acepto que no puedo intentar que ninguna parte del valor de LEQEMBI que se me proporcione de forma gratuita desde los Programas cuente para cualquier cálculo de gastos de bolsillo aplicable para fármacos (p. ej., deducible, límite de bolsillo o verdadero de bolsillo [True Out of Pocket, TrOOP] asociado a mi seguro). Entiendo que la provisión de LEQEMBI como parte de los Programas no está supeditada a ninguna compra futura de LEQEMBI.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) _____

Autorización para el uso y la divulgación de información de la salud (cont.)

Entiendo que Eisai Inc. se reserva el derecho en cualquier momento y sin previo aviso de modificar y/o interrumpir el PAP y/o el TSP (en su totalidad o en parte), incluida la modificación de los requisitos de elegibilidad y la finalización inmediata de la asistencia proporcionada por el PAP y la TSP. Comprendo que puedo negarme a firmar este formulario y a ser evaluado para el PAP y el TSP.

Entiendo que puede ser necesaria la verificación de mis ingresos para que el EPS pueda evaluar la elegibilidad de mi Programa. Al firmar a continuación, autorizo a Eisai Inc. y a sus proveedores de servicios que administran el PAP y el TSP a obtener de Experian Health la información financiera de mi perfil de crédito u otra información financiera que Eisai necesita para determinar mi elegibilidad financiera en el PAP de Eisai. También acepto proporcionar a Eisai documentación financiera adicional de forma oportuna, si así se solicita.

Nombre del paciente



Firma del paciente

Fecha

Nombre del representante autorizado

Firma del representante autorizado

Fecha

Relación con el paciente

Términos y condiciones del Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI®

El paciente debe tener una receta de LEQEMBI para una indicación aprobada por la FDA. El paciente debe tener un seguro médico privado y comercial que cubra LEQEMBI. La oferta no es válida para los pacientes inscritos en programas de atención de la salud estatales y federales, incluidos Medicare, Medicaid, Medigap, VA, DOD o TRICARE, que cubran la atención ambulatoria, incluidos los fármacos con receta o administrados por un médico, o que cubran de otro modo LEQEMBI. La oferta no es válida para pacientes no asegurados o que pagan por sí mismos, ni para tratamientos de LEQEMBI reembolsados en su totalidad por cualquier tercero pagador. El paciente debe tener 18 años o más. El paciente debe ser residente de los Estados Unidos o Puerto Rico y el producto debe administrarse en dichos países.

El beneficio disponible en virtud del Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI se limita al costo de bolsillo del paciente a quien se le receta LEQEMBI, tal como se indica en la documentación proporcionada por el proveedor de seguros médicos del paciente, incluido un formulario CMS-1500 o UB-04 y una explicación del seguro de beneficios (explanation of benefits, EOB) con cargos detallados que incluyen el código de facturación para LEQEMBI. Es posible que los pacientes elegibles que participen en el Programa paguen \$0 de gastos de bolsillo por fecha de tratamiento. Eisai Inc. pagará hasta \$10,000 por año natural por los gastos de bolsillo de un paciente elegible con receta para LEQEMBI, incluidos gastos deducibles, copago y coseguros. Según el plan de seguro del paciente, el paciente podría tener una responsabilidad financiera adicional por cualquier monto que supere el beneficio máximo de Eisai. La oferta no es válida para ningún otro gasto de bolsillo, incluidos los gastos de administración médica. La documentación justificativa debe enviarse al Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI en un plazo de 365 días desde la fecha del tratamiento o la solicitud será rechazada. Para ser elegible para el reembolso en virtud del Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI, el proveedor debe presentar las reclamaciones por LEQEMBI al seguro médico privado del paciente por separado de otros servicios y medicamentos. El programa proporcionará instrucciones adicionales sobre la documentación requerida que respalde cada reclamo tras la confirmación de la elegibilidad y la inscripción. El Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI tramitará las solicitudes de reembolso elegibles de los gastos de bolsillo incurridos por el paciente en relación con el medicamento LEQEMBI hasta 180 días antes de la fecha de inscripción del paciente en el programa.

Tras la inscripción en el programa, cada paciente recibirá una tarjeta de débito virtual de 16 dígitos. Al inscribirse en este programa, el paciente da su consentimiento para que el Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI proporcione información de pago para cualquier reclamación aprobada, en forma de número de tarjeta de débito virtual de 16 dígitos, directamente al proveedor o centro de atención alternativo identificado en este formulario de inscripción, que se aplicará directamente a los gastos de bolsillo del paciente a quien se le receta LEQEMBI. Al inscribirse en el programa y aceptar el pago, el proveedor acepta poner el valor del Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI del paciente directamente en los gastos de bolsillo del paciente a quien se le receta LEQEMBI solamente. Si el proveedor ya ha recibido el pago del paciente por la compra de LEQEMBI con los gastos de bolsillo cubiertos por el programa, el proveedor se compromete a devolver las cantidades recibidas al paciente.

El paciente y el proveedor aceptan no solicitar el reembolso de ninguno o todos los beneficios recibidos por el paciente a través del Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI. Los pacientes y proveedores son responsables de cumplir con todos los requisitos de divulgar a las compañías de seguros y a terceros pagadores el beneficio recibido del Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI. La oferta no puede combinarse con ningún otro descuento, cupón, prueba gratuita u oferta. La ley federal prohíbe la venta, compra, negociación o falsificación de esta oferta. Anulado fuera de los EE. UU. y donde la ley lo prohíba. Eisai Inc. se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar esta oferta en cualquier momento sin previo aviso. El valor de esta oferta no depende de ninguna compra anterior o futura. Esta oferta está destinada únicamente al ahorro en la compra de LEQEMBI. Esta oferta puede no ser aceptada por todos los proveedores o centros de atención alternativos. El Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI no es un programa de seguro. No habrá cuotas de membresía.

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento
(DD/MM/AAAA) _____**Autorización para el uso y la divulgación de información de la salud (cont.)****Declaración del paciente del Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI®***Se requiere una firma para la inscripción en el Programa de asistencia para el copago*

Comprendo que completar este formulario no garantiza que reuniré los requisitos para el Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI. He leído y acepto cumplir con los términos y condiciones del Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI, establecidos en este formulario de inscripción, y también disponibles en EisaiPatientSupport.com/LEQEMBI.

Mi firma a continuación certifica que he completado todas las secciones del formulario de forma completa, precisa y según mi leal saber y entender. Además certifico que (1) no estoy inscrito en ningún programa de la salud federal o estatal subvencionado, incluido Medicare, Medicaid, Medigap, AV, DOD o TRICARE, que cubren la atención ambulatoria, incluidos los medicamentos con receta o administrados por un médico, o cubrir de otro modo LEQEMBI; (2) he revelado toda mi cobertura de seguro actual; y (3) no solicitaré el reembolso de mis gastos de bolsillo a terceros pagadores, incluidos los de una cuenta de gastos flexible, una cuenta de ahorros de la atención de la salud o una cuenta de reembolso de la atención de la salud.

Acepto notificar y seré responsable de notificar al administrador del Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI si ya no cumplo los requisitos de elegibilidad para el Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI. También, otorgo mi consentimiento para que el Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI proporcione información de pago para reclamaciones aprobadas, en forma de tarjeta de débito virtual de 16 dígitos, directamente al proveedor o centro de atención alternativo identificado en este formulario de inscripción, que se aplicará directamente a los gastos de bolsillo para LEQEMBI.

Entiendo que el beneficio disponible en virtud del Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI se limita a los gastos de bolsillo solo para LEQEMBI. El programa no cubre ningún otro gasto de bolsillo, incluidos los gastos de administración médica.

Comprendo que Eisai Inc. se reserva el derecho, en cualquier momento y sin notificarme, de modificar y/o interrumpir una parte o la totalidad del Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI, incluidas la modificación de los requisitos de elegibilidad y la terminación inmediata de la asistencia. Comprendo que puedo negarme a firmar este formulario y a ser considerado para el Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI.

Nombre del paciente_____
Firma del paciente_____
Fecha_____
Nombre del representante autorizado_____
Firma del representante autorizado_____
Fecha_____
Relación con el paciente