

Formulario de inscripción Apoyo al paciente de Eisai

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) _____

Instrucciones para completar

Este formulario de inscripción es para el equipo de apoyo al paciente de Eisai (Eisai Patient Support, EPS).

Para proveedores: Seleccione las ofertas del programa de apoyo al paciente para las que desea que se evalúe al paciente. El EPS no evaluará proactivamente las ofertas de programas que no se seleccionen en este formulario. **Los campos obligatorios están marcados con un asterisco.** Tenga en cuenta que se requiere un formulario de inscripción completado con firma(s) del paciente. Envíe por fax el formulario completado y una copia de ambas caras de las tarjetas del seguro del paciente al 1-833-770-7017.

Para pacientes: Solo se le evaluará 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.**

Para hablar con un representante sobre la inscripción y los programas disponibles a través del EPS, llame al 1-833-453-7362, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora central.

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 médica 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 Dr.		
NPI del 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		

Información de diagnóstico del paciente

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

*Campo obligatorio.

Formulario de inscripción Apoyo al paciente de Eisai

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) _____

Información del centro de tratamiento

Seleccione solo una de las dos opciones siguientes y rellene la información correspondiente para esa opción.

- El médico prescriptor administrará LEQEMBI
¿Cómo pretende su centro obtener tratamiento? (marque solo uno)*
- Centro de la compra
 Farmacia especializada
 Indeterminado



- El médico prescriptor derivará el tratamiento con LEQEMBI a otro centro
¿Cómo pretende su centro derivar? (marque solo uno)*
- Necesito asistencia para localizar un centro de infusión
 Estoy derivando al paciente al siguiente centro de infusión o al siguiente proveedor de atención médica

Para esta selección, **NO** rellene la siguiente información.

Para esta selección, **rellene** la siguiente información.

Nombre del centro de infusión o del proveedor de atención médica*	¿Es el centro de infusión el contacto principal?*	
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dirección*	Enviar comunicaciones del programa a*	
	<input type="checkbox"/> Solo al centro de infusión	<input type="checkbox"/> Solo al médico prescriptor <input type="checkbox"/> Ambos
Ciudad*	Estado*	Código postal*
Contacto y título del consultorio*		
Teléfono*	Fax	
Identificador de proveedor nacional (National Provider Identifier, NPI) del centro del tratamiento*	ID fiscal del centro del tratamiento*	

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 propio criterio profesional 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 médica 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*

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.

Sonexus™ Health Pharmacy Services (SHPS)

2730 S. Edmonds Ln, Suite 400, Lewisville, Texas 75067, EE. UU.
NCPDP: 5910206 NPI: 1447680210 Fax: 1-833-770-7017

Horario de atención:
de lun. a vie., de 8 a. m a 5 p. m, hora central

*Campo obligatorio.

Formulario de inscripción Apoyo al paciente de Eisai

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)

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 y que tengan seguro comercial en espera de una determinación de cobertura por parte de su proveedor de seguros durante cinco o más días hábiles. El paciente debe tener una receta médica 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 pacientes no asegurados o pacientes inscritos en programas de atención de la salud estatales y 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 médica para LEQEMBI

El Programa de asistencia para pacientes que tienen receta médica 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 médica 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.

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

El paciente debe tener una receta médica 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 médica 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. Esta oferta caducará el 31 de diciembre de 2023.

Formulario de inscripción Apoyo al paciente de Eisai

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)

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 médica 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 oficina aplicará todas las cantidades recibidas del Programa de asistencia para el copago de LEQEMBI al gasto de bolsillo de los pacientes que tienen receta médica para LEQEMBI.

Firma del médico prescriptor*

Fecha*

Formulario de inscripción Apoyo al paciente de Eisai

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) _____

Información sobre el paciente y el seguro médico **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	<input type="checkbox"/> Es posible dejar un mensaje	
Dirección de correo electrónico	Idioma de preferencia <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		
Método de contacto de preferencia <input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> Teléfono móvil <input type="checkbox"/> Correo electrónico	Mejor hora para llamar <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche		
Nombre del cuidador	Relación	Número de teléfono	
Nombre del médico (nombre, apellidos)	Teléfono del médico		

Información principal del seguro (completar si corresponde)

Sin seguro Medicare Medicaid Plan de seguro comercial/privado 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)

Medicare Medicaid Plan de seguro comercial/PRIVADO 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.

Formulario de inscripción Apoyo al paciente de Eisai

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)

Uso por parte del paciente (cont.)

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

Al firmar esta autorización, Autorizo a cada uno de mis médicos, centros de infusión, farmacéuticos, y otros proveedores de atención médica (en conjunto, "Proveedores de atención médica") y cada uno de mis aseguradores de la salud (en conjunto, "Aseguradoras") para divulgar mi información médica personal, incluida información relacionada con mi afección médica y tratamiento, mi cobertura de seguro médico, mi nombre, dirección, número de teléfono, número de seguro social, plan de seguro y/o números de grupo (en conjunto, "Información médica protegida") a Eisai Inc., sus empresas filiales, proveedores, agentes, socios de colaboración, y representantes (en conjunto, "Eisai") que apoya el Programa de apoyo al paciente de Eisai para LEQEMBI (en conjunto, el "Programa") para que el Programa pueda tomar las siguientes medidas para proporcionarme servicios de apoyo (los "Servicios"):

- I. Procesar mi inscripción (o reinscripción, según corresponda) y determinar mi 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. Proporcionarme 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 mis Proveedores de atención médica y aseguradoras acerca de mis beneficios y cobertura del seguro, y mi atención médica y medicamentos recetados.
- IV. Facilitar la dispensación de mi receta por parte de una farmacia no comercial.
- V. Proporcionarme la gestión de la enfermedad y otros materiales educativos, información y servicios relacionados con mi experiencia con el tratamiento con mi medicamento recetado y mi condición.
- VI. Comunicarme acerca de mi 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.

Formulario de inscripción Apoyo al paciente de Eisai

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) _____

Uso por parte del paciente (cont.)

VIII. Ponerse en contacto conmigo 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.

Además, autorizo el uso y la divulgación de mi información médica protegida 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 protegida, 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 protegida 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 los servicios proporcionados por el programa.
- Mi autorización firmada permanecerá en vigencia durante 5 años a partir de la fecha de mi firma a continuación, o durante un período más corto que pueda ser prescrito por 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 protegida 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.

Formulario de inscripción Apoyo al paciente de Eisai

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)

Uso por parte del paciente (cont.)

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

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

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

Nombre del representante legal

Firma del representante legal

Fecha

Relación con el paciente

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 y que tengan seguro comercial en espera de una determinación de cobertura por parte de su proveedor de seguros durante cinco o más días hábiles. El paciente debe tener una receta médica válida de LEQEMBI para una indicación aprobada por la 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 médica para LEQEMBI

El Programa de asistencia para pacientes que tienen receta médica 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 médica 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 médica, ingresos o cobertura de seguro de LEQEMBI. Entiendo y acepto que no solicitaré reembolso ni crédito de LEQEMBI, ni presentaré una 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.

Formulario de inscripción Apoyo al paciente de Eisai

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)

Uso por parte del paciente (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 legal

Firma del representante legal

Fecha

Relación con el paciente

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

El paciente debe tener una receta médica 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 médica para LEQEMBI, incluidos gastos deducibles, copago y coseguros. Según el plan de seguro, los pacientes podrían 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 reclamación 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.

Formulario de inscripción Apoyo al paciente de Eisai

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)

Uso por parte del paciente (cont.)

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. Esta oferta caducará el 31 de diciembre de 2023.

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 legal

Firma del representante legal

Fecha

Relación con el paciente