

Ayuda financiera para EYLEA HD y EYLEA

Si necesita ayuda para pagar por EYLEA HD o EYLEA, EYLEA4U® puede proporcionársela.



EYLEA4U[®]

EYLEA[®] HD (aflibercept) | EYLEA[®] (aflibercept)
Injection 8 mg | Injection 2 mg

1



00 Índice

01 ¿Qué es EYLEA4U?

02 Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U

03 Elegibilidad y reembolso del Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U

04 Programa de Ayuda al Paciente

05 ¿Cómo comunicarse con nosotros?



Acerca de este folleto

Este folleto contiene información importante sobre cómo **EYLEA4U® puede ayudar a los pacientes elegibles con los costos de EYLEA HD o EYLEA**. Tómese el tiempo para leerlo, luego pídale a su especialista de apoyo de EYLEA4U que lo ayude con los próximos pasos.

Para obtener más información:



Llame al 1-855-EYLEA4U (1-855-395-3248),
Opción 4, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 8:00 p.m.,
hora del este



Visite www.EYLEAHD.com
o **www.EYLEA.com**

EYLEA4U®
EYLEA® HD (afibercept) | EYLEA® (afibercept)
Injection 8 mg | Injection 2 mg



00 Índice

01 ¿Qué es EYLEA4U?

02 Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U

03 Elegibilidad y reembolso del Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U

04 Programa de Ayuda al Paciente

05 ¿Cómo comunicarse con nosotros?

Índice

¿Qué es EYLEA4U®?

4

Programa de Tarjeta
de Copago Comercial de EYLEA4U

5

Elegibilidad y reembolso del Programa de
Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U

7

Programa de Ayuda al Paciente

9

¿Cómo comunicarse con nosotros?

11

00 Índice

01 ¿Qué es EYLEA4U?

02 Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U

03 Elegibilidad y reembolso del Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U

04 Programa de Ayuda al Paciente

05 ¿Cómo comunicarse con nosotros?

EYLEA4U[®]

EYLEA[®] HD (afibercept) | EYLEA[®] (afibercept)
Injection 8 mg | Injection 2 mg



EYLEA4U[®] proporciona apoyo al paciente

para EYLEA HD o EYLEA de muchas maneras

Si necesita ayuda con el pago de EYLEA HD o EYLEA, ¡el programa EYLEA4U está hecho para usted!

¿Cómo EYLEA4U puede ayudar?

» ¿Está asegurado con un plan comercial (no financiado a través del gobierno)?

EYLEA4U puede ayudarlo con algunos gastos de bolsillo para EYLEA HD o EYLEA y con la administración de la inyección, si califica.

» ¿No tiene cobertura para EYLEA HD o EYLEA? ¿O no tiene seguro?

EYLEA4U puede proporcionarle EYLEA HD o EYLEA sin costo, si califica.

00 Índice

01 ¿Qué es EYLEA4U?

02 Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U

03 Elegibilidad y reembolso del Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U

04 Programa de Ayuda al Paciente

05 ¿Cómo comunicarse con nosotros?

Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U®

Para pacientes con seguro comercial (no financiado a través de un programa de atención médica del gobierno)

Es posible que EYLEA4U pueda ayudarlo con algunos de los gastos de bolsillo para EYLEA HD o EYLEA.

No hay verificación de ingresos anuales ni límites para la participación en el programa.*

*Este programa no es un beneficio del seguro.

EYLEA4U®
EYLEA® HD (afibercept) | EYLEA® (afibercept)
Injection 8 mg | Injection 2 mg



00 Índice

01 ¿Qué es EYLEA4U?

02 Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U

03 Elegibilidad y reembolso del Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U

04 Programa de Ayuda al Paciente

05 ¿Cómo comunicarse con nosotros?

Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U[®]

00 Índice

01 ¿Qué es EYLEA4U?

02 Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U

03 Elegibilidad y reembolso del Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U

04 Programa de Ayuda al Paciente

05 ¿Cómo comunicarse con nosotros?

¿Cómo funciona el programa?

Los pacientes elegibles pueden pagar:

Tan poco como un **copago de \$0** por cada tratamiento con EYLEA HD o EYLEA. Usted paga de su bolsillo cualquier costo adicional que supere el límite anual de asistencia.

El programa cubre*:

\$20,000
de asistencia

Hasta \$20,000 de asistencia por año consecutivo de elegibilidad para el copago, el coseguro y los deducibles específicos del producto para los tratamientos con EYLEA HD o EYLEA.

\$1,000
de asistencia

Hasta \$1,000 de asistencia por año consecutivo de elegibilidad para el copago, el coseguro y los deducibles específicos de la administración para los tratamientos con EYLEA HD o EYLEA.

Los beneficios del programa no se restablecen si cambia de un tratamiento a otro.

*No es un programa de seguro o tarjetas de débito. Este programa no es válido para recetas cubiertas o enviadas para reembolso conforme a Medicaid, Medicare, el Departamento de Servicios a Veteranos, el Departamento de Defensa, TRICARE o programas federales o estatales similares. Este programa no cubre ni proporciona apoyo para los suministros asociados a EYLEA HD o EYLEA. Este programa no es válido donde esté prohibido por la ley, gravado o restringido. Los pacientes residentes en Massachusetts o Rhode Island no son elegibles para recibir la asistencia para la administración. EYLEA4U se reserva el derecho a rescindir, revocar, terminar o enmendar esta oferta, la elegibilidad, y los términos de uso en cualquier momento y sin previo aviso. Aplican condiciones adicionales del programa.

EYLEA4U[®]
EYLEA[®] HD (afibercept) | EYLEA[®] (afibercept)
Injection 8 mg | Injection 2 mg



Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U®

Requisitos de elegibilidad

- ✓ Debe tener un seguro comercial o privado que cubra EYLEA HD o EYLEA
- ✓ Debe estar recibiendo EYLEA HD o EYLEA para una indicación aprobada por la FDA
- ✓ Debe ser residente en los Estados Unidos o en sus territorios o posesiones

Si es aprobado para el programa

- ✓ Recibirá una Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U y una carta de bienvenida en la que se explica el programa
- ✓ Se le renovará automáticamente el Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U si:
 - Aún cumple con los requisitos de elegibilidad después de un período de 12 meses consecutivos
 - Ha habido al menos una reclamación de reembolso con cargo a su año de elegibilidad actual para el programa



¡Puede inscribirse en el Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U con solo una llamada telefónica!

Llame al 1-855-EYLEA4U (1-855-395-3248), Opción 4, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este. Su especialista de apoyo de EYLEA4U lo ayudará con el proceso de elegibilidad e inscripción.

FDA = Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.

Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U®

Proceso de reembolso

00 Índice

01 ¿Qué es EYLEA4U?

02 Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U

03 Elegibilidad y reembolso del Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U

04 Programa de Ayuda al Paciente

05 ¿Cómo comunicarse con nosotros?

¿Cómo solicitar el reembolso por EYLEA HD o EYLEA?

Beneficio del producto

Beneficio de la administración

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA*

- Nombre del paciente, DOB, DOS
- Código de diagnóstico para la inyección
- **EYLEA HD/EYLEA (producto)** – cantidad facturada, cantidad permitida, cantidad pagada, responsabilidad del paciente
- **Administración** – cantidad facturada, cantidad permitida, cantidad pagada, responsabilidad del paciente
- Dirección del paciente para el pago

ENVIAR

EYLEA4U por fax
1-888-335-3264

*Por lo general se encuentra en una EOB, formulario de reclamación CMS-1450 o CMS-1500, recibo de pago o declaración del médico.

La aprobación final del pago de las solicitudes de copago se basará en el estado de elegibilidad y el diagnóstico de una indicación aprobada por la FDA en la DOS. Tenga en cuenta que no todos los productos de este programa tienen las mismas indicaciones aprobadas por la FDA. Consulte www.EYLEAHD.com o www.EYLEA.com para la lista completa.

Cómo el Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U podría ayudar con los costos de EYLEA HD o EYLEA

Por ejemplo, si un paciente tuviera un gasto de bolsillo total de \$2,000 por EYLEA HD, \$1,500 por el producto EYLEA HD (coseguro del 25% y deducible de \$1,000) y \$500 por la administración de EYLEA HD:

- El paciente sería responsable de \$0
- El Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U cubriría el saldo de \$2,000[†]
 - \$1,500 para el gasto de bolsillo específico del producto
 - \$500 para el gasto de bolsillo específico de la administración del medicamento

EYLEA4U[®]
EYLEA[®] HD (afibercept) | EYLEA[®] (afibercept)
Injection 8 mg | Injection 2 mg

[†]Sujeto a los límites de asistencia del programa. Cualquier costo por encima de los límites de beneficios del programa sería su responsabilidad.
CMS = Centros de Servicios de Medicare y Medicaid;
DOB = fecha de nacimiento; DOS = fecha de servicio;
EOB = explicación de los beneficios.



Programa de Ayuda al Paciente

Para pacientes sin seguro o cobertura para EYLEA HD o EYLEA

Es posible que el Programa de Ayuda al Paciente (PAP) pueda proporcionar a los pacientes elegibles EYLEA HD o EYLEA sin costo alguno.

Para ser elegible, debe:

- No tener seguro o cobertura para EYLEA HD o EYLEA
- Ser residente en los Estados Unidos o sus territorios o posesiones
- Estar inscrito en EYLEA4U®
- Demostrar necesidad financiera (a partir del ingreso bruto total anual ajustado de su grupo familiar*)

Si son aprobados, los pacientes pueden ser elegibles para recibir la ayuda durante un máximo de 1 año y deben volver a solicitarla anualmente.

*Usted deberá proporcionar documentación financiera para respaldar esta información.

EYLEA4U[®]
EYLEA[®] HD (afibercept) | EYLEA[®] (afibercept)
Injection 8 mg | Injection 2 mg



00 Índice

01 ¿Qué es EYLEA4U?

02 Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U

03 Elegibilidad y reembolso del Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U

04 Programa de Ayuda al Paciente

05 ¿Cómo comunicarse con nosotros?

Programa de Ayuda al Paciente

Su especialista de apoyo de EYLEA4U® puede ayudarlo con los detalles del programa

Una vez que EYLEA4U reciba su solicitud, su especialista de apoyo



Verifica que usted cumple con los requisitos del programa



Luego de su aprobación, envía una carta de confirmación sobre su inscripción al consultorio de su médico



Se asegura de que su medicamento EYLEA HD o EYLEA se envíe al consultorio de su médico

Póngase en contacto con EYLEA4U para iniciar hoy mismo el proceso de solicitud.

Si está inscrito en el PAP, tiene un seguro que no cubre EYLEA HD o EYLEA y su proveedor desea cambiar al otro producto, deberá presentar un nuevo formulario de inscripción en el PAP de EYLEA4U.



¡Estamos aquí para usted!

La cobertura de seguro a veces puede ser difícil de entender. Su especialista de apoyo EYLEA4U® conoce los detalles importantes y está disponible para ayudarlo.

» Póngase en contacto hoy mismo con un especialista de apoyo de EYLEA4U



Llame al 1-855-EYLEA4U (1-855-395-3248), Opción 4, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este



Visite www.EYLEAHD.com o www.EYLEA.com para obtener más información.

EYLEA y EYLEA4U son marcas comerciales registradas de Regeneron Pharmaceuticals, Inc.

REGENERON®

© 2023, Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados.
777 Old Saw Mill River Road, Tarrytown, NY 10591
08/2023 EHD.23.04.0172

EYLEA4U®

EYLEA® HD (afibercept) | EYLEA® (afibercept)
Injection 8 mg | Injection 2 mg



00 Índice

01 ¿Qué es EYLEA4U?

02 Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U

03 Elegibilidad y reembolso del Programa de Tarjeta de Copago Comercial de EYLEA4U

04 Programa de Ayuda al Paciente

05 ¿Cómo comunicarse con nosotros?