

ENROLLMENT FORM

Phone: 888-APELLIS (888-273-5547) • Fax: 888-405-6966 • SyfovreECP.com

Hours of operation: 8 AM-8 PM ET M-F

SYFOVRE™
(pegcetacoplan injection)
15mg/0.1mL

Please ensure you and your patient complete all required information on the form and sign where indicated.

Sections that contain patient information are highlighted with this purple background.

*Required Field

*Section 1. Support Request

Check here for all available support services OR choose individual services below:

ACCESS SERVICES

- Benefits Investigation
 Prior Authorization Assistance

FINANCIAL ASSISTANCE

- Co-pay Program
*(commercially insured patients)**
 Patient Assistance Program
(uninsured or underinsured patients)

PATIENT SUPPORT RESOURCES

- Adherence/Education Program Enrollment
 Update Existing ApellisAssist® Patient Record

*The SYFOVRE Co-pay Program is for eligible patients who are enrolled in the ApellisAssist® program, are commercially insured, and are not covered under government insurance programs such as Medicare, Medicaid, VA/DoD, or TRICARE. Apellis reserves the right to modify or terminate the program at any time without notice.

*Sección 2. Información del paciente

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Género: Hombre Mujer Otro _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): ____/____/____

Teléfono particular: _____ Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Idioma preferido del paciente: Inglés Español Otro _____

Acepta recibir mensajes de texto Acepta recibir mensajes de voz Mejor hora para llamar/comunicarse: a. m. p. m.

Vía de comunicación preferida del paciente: Teléfono particular Teléfono móvil Correo electrónico Texto

El paciente reside en los EE. UU.: Sí No

Sección 3. Información del cuidador

¿El paciente tiene un cuidador con el que le gustaría que ApellisAssist compartiera información? Sí No (En caso afirmativo, complete esta sección)

Nombre del cuidador: _____ Apellido: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

¿Cuál es la relación del cuidador con el paciente? Tutor legal Cónyuge Hermano/a Otro _____

Vía de comunicación preferida del cuidador: Teléfono particular Teléfono móvil Correo electrónico Texto

*Sección 4. Seguro del paciente

¿El paciente tiene seguro (tercero o privado)? Sí No (En caso negativo, vaya a la sección 4.1 - Información financiera)

N.º de ID del beneficiario de Medicare (solo para planes Medicare/Medicare Advantage): _____

Seguro principal (Si se adjunta una copia de la tarjeta, marque aquí)

Nombre del pagador: _____

Teléfono: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Número de póliza: _____

Número del empleador/grupo: _____

Seguro secundario (Si se adjunta una copia de la tarjeta, marque aquí)

Nombre del pagador: _____

Teléfono: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Número de póliza: _____

Número del empleador/grupo: _____

(Sección opcional) Nombre de la farmacia (PBM): _____

ID del grupo de PBM: _____ BIN/PCN de PBM: _____ Número de teléfono de PBM: _____

Sección 4.1 Información financiera

(Si ha marcado "No" arriba, lo que indica que el paciente no tiene seguro, complete la siguiente sección).

¿Cuántas personas viven en el hogar del paciente? _____

Ingresos totales anuales del hogar (incluidos sueldo/salarios; ingresos del Seguro Social; ingresos por discapacidad; cualquier otro ingreso):

De \$0 a \$100,000 De \$100,001 a \$150,000 Más de \$150,000

Es posible que se requiera documentación de respaldo. ApellisAssist también puede solicitar una prueba de ingresos en cualquier momento para la auditoría/verificación.

ENROLLMENT FORM

Phone: 888-APELLIS (888-273-5547) • Fax: 888-405-6966 • SyfovreECP.com

Hours of operation: 8 AM-8 PM ET M-F

SYFOVRE™
(pegcetacoplan injection)
15mg/0.1mL

Nombre del paciente: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

*Section 5. Prescribing Physician Information

Site of Service: Physician Office Hospital Outpatient Ambulatory Surgical Center Other: _____

Practice/Facility Name: _____

Physician Name: _____ Physician Specialty: _____

Phone: _____ Fax: _____ Email: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ ZIP: _____

Practice NPI: _____ Practice Tax ID#: _____

Physician NPI: _____ Physician Tax ID#: _____

*Section 6. Office Contact Information

Primary Office Contact Name: _____

Phone: _____ Fax: _____ Email: _____

Preferred Communication: Phone Email Text

*Section 7. Prescription Information

Dispense: _____ vial(s) of SYFOVRE™ (pegcetacoplan injection) NDC: **73606-0020-01** Refills #: _____

SIG: Inject 15 mg (0.1mL) intravitreally once every _____ days (25 to 60) Ancillary supplies - Rx only: IVT Injection Kit (29G thin-wall injection needle and 5M filter needle)

Geographic Atrophy Diagnosis Select one diagnosis as primary. For additional diagnoses, please use the "secondary diagnosis" section below.

Nonexudative age-related macular degeneration	RIGHT EYE	LEFT EYE	BILATERAL
Advanced atrophic without subfoveal involvement	<input type="checkbox"/> H35.3113	<input type="checkbox"/> H35.3123	<input type="checkbox"/> H35.3133
Advanced atrophic with subfoveal involvement	<input type="checkbox"/> H35.3114	<input type="checkbox"/> H35.3124	<input type="checkbox"/> H35.3134

Secondary Diagnosis: Has patient started treatment? Yes, date of next treatment: _____

No, anticipated date of first treatment: _____

*Section 8. Physician Declaration and Authorization

The purpose of this form is to permit Apellis Pharmaceuticals, Inc., its affiliates, representatives, agents, and contractors ("Apellis") to provide patient support and resources to eligible patients who have been prescribed SYFOVRE. I have received the necessary written authorization from the patient referenced above, or the patient's legal guardian, to release to Apellis and its third-party business partners, vendors, and other agents ("Agents") the medical and/or other patient information included in this form for the purposes of participating in programs and services offered through ApellisAssist, which may include, but are not limited to, any of the following: (1) participating in financial assistance programs; (2) verifying insurance coverage and/or the evaluation of the patient's eligibility for alternate sources of funding; and (3) other patient support services, including patient education ("Patient Resources"). By signing below, I certify that: (i) the information contained in this form is complete and accurate to the best of my knowledge; (ii) the patient named on this form has a diagnosis for an FDA-approved indication for SYFOVRE; (iii) any Patient Resource provided through Apellis on behalf of any patient is not made in exchange for any express or implied agreement or understanding that I would recommend, prescribe, or use an Apellis medication or Patient Resource for anyone. My decision to prescribe SYFOVRE was based solely on my clinical determination and medical necessity, and I understand that no claim for reimbursement will be submitted to Medicare, Medicaid, or any third-party payer for medication received free of charge, or for related medical procedures and services; nor should the free product be sold, traded, or distributed for sale. I will notify Apellis immediately if SYFOVRE is no longer medically necessary for this patient's treatment or if my patient's insurance status changes; (iv) I have complied with all prescription requirements and understand non-compliance could result in further outreach by the patient's specialty pharmacy; (v) I authorize Apellis to forward the above prescription to the applicable pharmacy by any means allowed under applicable law.

I authorize Apellis to provide Patient Resources to my patient, including education by an Apellis Care Educator ("ACE") on Geographic Atrophy. I understand that this does not include individual treatment or medical advice to my patient, and it does not replace or substitute the medical treatment and care provided by me as the patient's healthcare provider. I further certify that I have discussed this education with my patient, and informed my patient of the risks associated with the medication and how to manage any potential side effects that may arise (optional).



Physician Signature (Dispense As Written)

Substitution Allowed

Date (MM/DD/YYYY)

This form cannot be processed without the physician's signature (no stamps).

ENROLLMENT FORM

Phone: 888-APELLIS (888-273-5547) • Fax: 888-405-6966 • SyfovreECP.com
Hours of operation: 8 AM-8 PM ET M-F

SYFOVRE™
(pegcetacoplan injection)
15 mg / 0.1 mL

Nombre del paciente: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

*Sección 9. Autorizaciones del paciente

Sección 9.1 Autorización para compartir información médica personal

Lea atentamente lo siguiente y, a continuación, firme y feche donde se le indique. Puede conservar una copia de este formulario para sus registros.

Autorizo a mi equipo y al personal de atención médica, a las farmacias, y al seguro (“proveedores de atención médica y aseguradoras”) a usar y compartir mi información médica personal, incluida la información relacionada con mi afección médica, el tratamiento, la gestión de la atención, el seguro médico, y toda la información proporcionada en cualquier formulario de receta de SYFOVRE (“mi información”) a Apellis Pharmaceuticals, Inc. y sus afiliados, proveedores y otros agentes (colectivamente, “Apellis”) con el fin de recibir servicios de ApellisAssist (“programa de apoyo al paciente”), entre los que se incluyen los siguientes, sin limitarse a ellos:

- recibir apoyo y recursos sobre productos de Apellis, incluida la verificación del seguro, la cobertura del producto, y asistencia financiera;
- recursos y comunicaciones educativos relacionados con la enfermedad y los medicamentos, incluida la educación sobre el estado de la enfermedad y la información sobre el medicamento por parte de un educador de atención de Apellis;
- y comunicaciones conmigo y con mis proveedores de atención médica y aseguradoras sobre mi afección médica, el tratamiento, la gestión de la atención médica y el seguro médico.

Además, autorizo a Apellis y a sus agentes a anonimizar mi información médica y a usarla en la realización de estudios de investigación, educación, análisis empresarial y de comercialización, o para otros fines comerciales, incluida la enlace con otra información desidentificada que Apellis reciba de otras fuentes.

Una vez que mi información se haya compartido con Apellis, entiendo que está fuera del control de mis proveedores de atención médica y aseguradoras, y que el destinatario puede compartir esta información con otros y es posible que no sea necesario cumplir con las leyes federales de privacidad o proteger la información de otro modo. Sin embargo, también comprendo que Apellis protegerá mi información al compartirla solo para los fines para los cuales he dado permiso. Comprendo y acepto que, si el SYFOVRE que usaré se recibe a través de una farmacia especializada, esa farmacia especializada puede recibir un pago de Apellis a cambio de proporcionarle mi información a Apellis. Comprendo que no estoy obligado a firmar esta autorización. La decisión de no firmar esta autorización no afectará mi capacidad para recibir beneficios del seguro médico ni mi capacidad para recibir mis medicamentos o el consejo médico y el tratamiento de mi médico.

Sin embargo, si no firmo esta autorización, entiendo que no podré participar y recibir servicios ofrecidos por el programa de apoyo al paciente. Comprendo que esta autorización caduca (1) diez años a partir de la fecha firmada a continuación, (2) un año después de la fecha de mi última receta, o (3) según lo requiera la legislación estatal pertinente; lo que ocurra primero.

ENROLLMENT FORM

Phone: 888-APELLIS (888-273-5547) • Fax: 888-405-6966 • SyfovreECP.com
Hours of operation: 8 AM-8 PM ET M-F

SYFOVRE™
(pegcetacoplan injection)
15 mg / 0.1 mL

Nombre del paciente: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

*Sección 9. Autorizaciones del paciente (continuación)

Puedo cambiar de opinión y cancelar esta autorización en cualquier momento llamando al 888-APELLIS (888-273-5547), notificándoselo a Apellis por escrito a la atención de: Privacy Office, Apellis Pharmaceuticals, Inc., 100 5th Avenue, Waltham, MA, 02451, o enviando un correo electrónico a privacy@apellis.com. La cancelación de esta autorización terminará con el uso y la divulgación posteriores de mi información con Apellis y mi participación en el programa de apoyo al paciente, pero no afectará el uso ni la divulgación de mi información en función de esta autorización antes de la cancelación. Comprendo que puedo pedir una copia firmada de esta autorización.

Al marcar esta casilla, autorizo a ApellisAssist a ponerse en contacto y compartir mi información médica personal con mi cuidador autorizado/contacto alternativo enlistado en la sección 3.



_____ / _____ / _____
Firma del paciente

Fecha (DD/MM/AAAA)

Este formulario no se puede procesar sin la firma del paciente.

Sección 9.2 Autorización para inscribirse en el programa de apoyo al paciente ApellisAssist

Autorizo a Apellis a recopilar mi información de mí, de mis cuidadores y de mis proveedores de atención médica y aseguradoras, y a utilizar y divulgar mi información para proporcionar apoyo y recursos de productos, incluida la inscripción en el programa de apoyo al paciente. Entre los recursos del programa de apoyo al paciente, se proporciona lo siguiente:

- i) información sobre reembolsos y asistencia financiera y
- ii) recursos y comunicaciones educativas relacionadas con la enfermedad y el medicamento, incluida la educación proporcionada por un educador de atención de Apellis, incluida la atrofia geográfica (“recursos para pacientes”), si lo aprueba el médico que proporciona la receta.

También autorizo a Apellis a comunicarse conmigo y/o con mis cuidadores por correo, teléfono, correo electrónico y/o mensaje de texto para que el programa de apoyo al paciente reciba educación. Autorizo a Apellis a proporcionarme a mí y/o a mis cuidadores la información adecuada sobre el estado de mi enfermedad y el medicamento por parte de un educador de atención de Apellis, y a proporcionarme a mí y/o a mis cuidadores información y recursos útiles sobre SYFOVRE y la atrofia geográfica.

ENROLLMENT FORM

Phone: 888-APELLIS (888-273-5547) • Fax: 888-405-6966 • SyfovreECP.com
Hours of operation: 8 AM-8 PM ET M-F

SYFOVRE™
(pegcetacoplan injection)
15 mg / 0.1 mL

Nombre del paciente: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

*Sección 9. Autorizaciones del paciente (continuación)

Comprendo que esta educación no incluye consejo médico y no sustituye ni reemplaza el tratamiento médico y la atención que reciba por parte de mi médico. Además, certifico que he hablado de esto con mi médico y me ha informado de los posibles riesgos y efectos secundarios asociados con SYFOVRE y de cómo tratarlos si se producen. Al firmar a continuación, certifico que la información de este formulario es completa y precisa a mi leal saber y entender.

Autorizo a Apellis a enviar mensajes de texto a los números de teléfono que proporcione. Comprendo que este consentimiento no es una condición para participar en ApellisAssist ni para comprar nada de Apellis. Puedo revocar esta autorización y elegir no recibir llamadas automáticas ni mensajes de texto respondiendo "STOP" (parar) a cualquiera de estos mensajes de Apellis o poniéndome en contacto con Apellis por escrito a la dirección que aparece en la página 4.

Para obtener apoyo a través del programa de copago SYFOVRE (si corresponde), certifico que no soy beneficiario de un programa de atención de la salud federal o estatal, incluidos, entre otros, Medicaid, Medicare, Departamento de Asuntos de los Veteranos (Veterans Affairs, VA), Departamento de Defensa (Department of Defense, DoD), TRICARE, o cualquier programa estatal de asistencia farmacéutica. Comprendo que, una vez inscrito, Apellis pagará mi copago elegible y los costos de coseguro hasta el máximo del programa, pero que cualquier costo por encima del máximo del programa o aquellos que no sean aptos para el pago en virtud del programa de copago SYFOVRE son mi responsabilidad.

Para obtener asistencia a través del programa de asistencia al paciente (si corresponde), autorizo a Apellis a utilizar mi información demográfica para acceder a informes sobre mi historial de crédito individual de agencias de notificación de consumidores. Comprendo que, cuando se solicite, Apellis me dirá si se solicitó un informe de un consumidor individual y el nombre y dirección de la agencia que lo proporcionó. Comprendo y autorizo a Apellis a utilizar cualquier informe de consumidores sobre mí e información recopilada de mí, junto con otra información que obtenga del público y otras fuentes para estimar mis ingresos junto con el proceso de determinación de la elegibilidad del programa de asistencia al paciente, si corresponde. Certifico que no presentaré una reclamación para el reembolso de ningún producto gratuito que reciba de Apellis a ningún pagador, incluidos Medicare y Medicaid; y que ningún producto gratuito puede venderse, comercializarse ni distribuirse para la venta. Al firmar, confirmo que la información de esta solicitud y de otra documentación de apoyo es completa y precisa. También confirmo que, a menos que yo haya identificado lo contrario en esta aplicación, no tengo ninguna otra cobertura para medicamentos con receta, incluidos Medicaid, Medicare o cualquier programa de asistencia público o privado, o cualquier otra forma de seguro. Si cambiase mi cobertura de seguro, se lo notificaré inmediatamente a ApellisAssist.

ENROLLMENT FORM

Phone: 888-APELLIS (888-273-5547) • Fax: 888-405-6966 • SyfovreECP.com
Hours of operation: 8 AM-8 PM ET M-F

SYFOVRE™
(pegcetacoplan injection)
15 mg / 0.1 mL

Nombre del paciente: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

*Sección 9. Autorizaciones del paciente (continuación)

Sección 9.3 Autorización para recibir comunicaciones de comercialización (opcional)

Autorizo a Apellis a que se comuniquen conmigo (por correo, teléfono, mensaje de texto o correo electrónico) con fines de comercialización o a que me proporcione información sobre los productos, servicios y programas de Apellis u otros temas de interés, y a que lleve a cabo investigaciones de mercado o me pregunte de otro modo sobre mi experiencia con dichos temas o pensamientos sobre ellos. Comprendo y acepto que Apellis podrá utilizar cualquier información que proporcione para ayudar a desarrollar nuevos productos, servicios y programas. Comprendo que no necesito proporcionar esta autorización para recibir comunicaciones de comercialización para participar en el programa de apoyo al paciente a través de ApellisAssist. Comprendo que esta autorización estará en efecto hasta el momento en que yo decida no recibir comunicaciones de Apellis.

Comprendo que puedo revocar las autorizaciones y decidir no recibir información de Apellis haciendo clic en el enlace para cancelar la suscripción que se proporciona en los correos electrónicos que recibo de Apellis, llamando a Apellis al 888-APELLIS (888-273-5547), enviando una carta a la atención de: Privacy Office, Apellis Pharmaceuticals, Inc., 100 5th Avenue, Waltham, MA, 02451, o enviando un correo electrónico a privacy@apellis.com.

- He leído, comprendo y acepto la Sección 9.2 Autorización para inscribirme en el programa de apoyo al paciente de ApellisAssist de las páginas 4 y 5 (*marque esta casilla y firme a continuación para recibir los servicios de ApellisAssist*).
- He leído, comprendo y acepto la Sección 9.3 Autorización para recibir comunicaciones de comercialización anterior (*opcional*).

Nombre del paciente (nombre en letra de imprenta)



Firma del paciente

_____/_____/_____
Fecha (DD/MM/AAAA)

Este formulario no se puede procesar sin la firma del paciente.

ENROLLMENT FORM

Phone: 888-APELLIS (888-273-5547) • Fax: 888-405-6966 • SyfovreECP.com
Hours of operation: 8 AM-8 PM ET M-F

SYFOVRE™
(pegcetacoplan injection)
15 mg / 0.1 mL

Nombre del paciente: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Indication and Important Safety Information

INDICATION

SYFOVRE™ (pegcetacoplan injection) is indicated for the treatment of geographic atrophy (GA) secondary to age-related macular degeneration (AMD).

IMPORTANT SAFETY INFORMATION

CONTRAINDICATIONS

- SYFOVRE is contraindicated in patients with ocular or periocular infections, and in patients with active intraocular inflammation

WARNINGS AND PRECAUTIONS

• Endophthalmitis and Retinal Detachments

- Intravitreal injections, including those with SYFOVRE, may be associated with endophthalmitis and retinal detachments. Proper aseptic injection technique must always be used when administering SYFOVRE to minimize the risk of endophthalmitis. Patients should be instructed to report any symptoms suggestive of endophthalmitis or retinal detachment without delay and should be managed appropriately.

• Neovascular AMD

- In clinical trials, use of SYFOVRE was associated with increased rates of neovascular (wet) AMD or choroidal neovascularization (12% when administered monthly, 7% when administered every other month and 3% in the control group) by Month 24. Patients receiving SYFOVRE should be monitored for signs of neovascular AMD. In case anti-Vascular Endothelial Growth Factor (anti-VEGF) is required, it should be given separately from SYFOVRE administration.

• Intraocular Inflammation

- In clinical trials, use of SYFOVRE was associated with episodes of intraocular inflammation including: vitritis, vitreal cells, iridocyclitis, uveitis, anterior chamber cells, iritis, and anterior chamber flare. After inflammation resolves, patients may resume treatment with SYFOVRE.

• Increased Intraocular Pressure

- Acute increase in IOP may occur within minutes of any intravitreal injection, including with SYFOVRE. Perfusion of the optic nerve head should be monitored following the injection and managed as needed.

ADVERSE REACTIONS

- Most common adverse reactions (incidence $\geq 5\%$) are ocular discomfort, neovascular age-related macular degeneration, vitreous floaters, conjunctival hemorrhage.

Please see full [Prescribing Information](#) for more information.