

# ENROLLMENT FORM

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

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

## \*Required Field

**SYFOVRE**  
(pegcetacoplan injection)  
15 mg / 0.1 mL

## \*Section 1. Support Request

Check here for all available services (Checking "all" allows for support services throughout the patient journey, but only when needed)  
OR choose individual services below:

Benefits Investigation Only

Prior Authorization Assistance

Co-pay Program  
(commercially insured patients)

Patient Assistance Program  
(uninsured or underinsured patients)

## Sección 2. Información del paciente

\*Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ \*Apellido: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer  Otro: \_\_\_\_\_ \*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*Teléfono preferido: \_\_\_\_\_  Teléfono particular  Teléfono móvil Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Idioma preferido:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

## Sección 3. Información para el cuidador (opcional)

¿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 preferido: \_\_\_\_\_  Teléfono particular  Teléfono móvil Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la relación del cuidador con el paciente?  Tutor legal  Cónyuge  Hermano  Otro: \_\_\_\_\_

## Sección 4. Seguro del paciente

\*¿El paciente tiene seguro?  Sí  No

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

\*Nombre del pagador e ID del pagador: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular: \_\_\_\_\_

\*Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número del empleador/grupo: \_\_\_\_\_

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

\*Nombre del pagador e ID del pagador: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular: \_\_\_\_\_

\*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 (solo debe completarse para solicitudes de programas de asistencia al paciente)

¿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):

Menos de 150.000 dólares  Más de 150.000 dólares

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

## \*Sección 5. Autorización del paciente Este formulario no se puede procesar sin la firma del paciente.

He leído y acepto la Sección 10.1 Autorización para compartir información médica personal (obligatorio)

He leído y acepto la Sección 10.2 Autorización para inscribirse en el Programa de apoyo al paciente ApellisAssist (obligatorio)

He leído y acepto la Sección 10.3 Autorización para recibir comunicaciones de marketing (opcional)

Firma del paciente

Fecha (MM/DD/AAAA)

# ENROLLMENT FORM

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



\*Patient First Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_ \*Last Name: \_\_\_\_\_

## Section 6. 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 Tax ID#: \_\_\_\_\_ Physician Tax ID#: \_\_\_\_\_ Physician PTAN#: \_\_\_\_\_

\*NPI: \_\_\_\_\_  Practice NPI  Physician NPI

## Section 7. Office Contact Information

\*Primary Office Contact Name: \_\_\_\_\_

\*Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

\*Section 8. Prescription Information  Buy and bill  Specialty pharmacy

**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 <b>without</b> subfoveal involvement	<input type="checkbox"/> H35.3113	<input type="checkbox"/> H35.3123	<input type="checkbox"/> H35.3133
Advanced atrophic <b>with</b> 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: \_\_\_\_\_

Dispense: \_\_\_\_\_ vial(s) of SYFOVRE® (pegcetacoplan injection) Refills #: \_\_\_\_\_

SIG:  Inject 15 mg (0.1 mL) intravitreally once every \_\_\_\_\_ days  
(25 to 60)

## \*Section 9. Physician Declaration and Authorization

This form allows Apellis Pharmaceuticals, Inc., its affiliates, representatives, agents, partners, vendors and contractors ("Apellis") to provide patient support, resources and education ("Patient Resources") to eligible patients who have been prescribed SYFOVRE. I have the necessary written authorization from the patient referenced above, or the patient's legal guardian, to release to Apellis the medical and/or other patient information included herein for allowing participation in programs and services offered through ApellisAssist, which may include, without limitation: (1) financial assistance programs; (2) verifying insurance coverage and/or evaluating the patient's eligibility for alternate funding; and (3) Patient Resources. I certify that: (i) the information in this form is complete and accurate to the best of my knowledge; (ii) the patient on this form has a diagnosis for an FDA-approved indication for SYFOVRE; (iii) any Patient Resource provided through Apellis to my 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. I prescribed SYFOVRE solely on my clinical determination and medical necessity, and 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 will 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 or if my patient's insurance status changes; (iv) I authorize Apellis to forward the above prescription to the applicable pharmacy as allowed under applicable law.

The SYFOVRE Co-pay Program is for eligible patients enrolled in the ApellisAssist® program, are commercially insured, and are not covered under government insurance programs such as Medicare, Medicaid, VA/DoD, or TRICARE. The program assists only with the cost of SYFOVRE and its administration (injection) up to the program maximum. It does not assist with the cost of other administrations, medicines, procedures or office visits. Eligible patients residing in Massachusetts or Rhode Island can only receive assistance with the cost of SYFOVRE but not the cost of its administration. Patients receiving assistance through another program or foundation, free trial, or other similar offer or program, are not eligible for the program. Apellis reserves the right to modify or terminate the program at any time without notice.

If I seek reimbursement under the SYFOVRE Co-pay Program on behalf of my patient(s), I certify the following for each request: (i) I have provided true and accurate information; (ii) the expenses requested for reimbursement are eligible under the program, were actually incurred and not paid by the patient or any party; (iii) the patient is not insured under Medicare, Medicaid, VA/DoD, TRICARE, or any other federal or state government funded program and has received SYFOVRE for the FDA-approved indication; (iv) I have not requested or received, and will not request or receive, any payments from the patient or any party for the amounts I seek reimbursement under the program, and if I do receive such payment or reimbursement, I will immediately return it.



OR

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Physician Signature (Dispense As Written) Physician Signature (If Drug Substitution Allowed) Date (MM/DD/YYYY)

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

\*Patient First Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_ \*Last Name: \_\_\_\_\_

**Lea detenidamente las siguientes autorizaciones y, si está de acuerdo, proporcione su firma en la página 1 de este formulario. Puede conservar una copia de este formulario para sus registros.**

**\*Sección 10. Autorizaciones del paciente****Sección 10.1 Autorización para compartir información médica personal**

Autorizo a mi equipo médico y al personal, farmacias, y mi seguro (“proveedores de atención sanitaria y aseguradoras”) a usar y compartir mi información médica personal, incluida información relacionada con mi afección médica, tratamiento, gestión de la atención, seguro médico, y toda la información proporcionada en cualquier formulario de prescripción de SYFOVRE (“Mi información”) a Apellis Pharmaceuticals, Inc. y sus filiales, proveedores, y otros agentes (colectivamente, “Apellis”) con el fin de recibir servicios de ApellisAssist (“Programa de apoyo al paciente”), que incluyen, entre otros:

- recibir apoyo y recursos sobre productos de Apellis, incluidos verificación de seguros, cobertura de productos y asistencia financiera;
- recursos y comunicaciones educativos relacionados con la enfermedad y la medicación, incluida la educación sobre el estado de la enfermedad y la información sobre la medicación por parte de un educador en cuidados de Apellis;
- y comunicaciones conmigo y con mis proveedores de atención médica y aseguradoras sobre mi afección médica, tratamiento, gestión de la atención médica y seguro médico

También autorizo a ApellisAssist a compartir mi información con mi cuidador, si he seleccionado esa opción en este formulario.

Además, autorizo a Apellis y a sus agentes a desidentificar mi información sanitaria y a usarla en la realización de estudios de investigación, educación, análisis empresarial y de marketing, o para otros fines comerciales, incluida la vinculación con otra información desidentificada que Apellis pueda recibir 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 entiendo que Apellis protegerá mi información al compartirla solo para los fines para los que he dado mi permiso. Entiendo y acepto que si mi SYFOVRE se recibe a través de una farmacia especializada, esta puede recibir un pago de Apellis a cambio de dar mi información a Apellis. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización. La decisión de no firmar esta autorización no afectará a mi capacidad para recibir beneficios del seguro médico ni a mi capacidad para recibir mis medicamentos o el asesoramiento médico y el tratamiento de mi médico.

Sin embargo, si no firmo esta autorización, entiendo que no podré participar y recibir servicios del Programa de apoyo al paciente. Entiendo que esta autorización caduca lo antes posible durante (1) 10 años a partir de la fecha firmada a continuación, (2) 1 año después de la fecha de mi última prescripción, o (3) según lo requiera la legislación estatal aplicable.

\*Patient First Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_ \*Last Name: \_\_\_\_\_

**\*Sección 10. 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 en la A/A: Privacy Office, Apellis Pharmaceuticals, Inc., 100 5th Avenue, Waltham, MA, 02451, o enviando un correo electrónico a [privacy@apellis.com](mailto:privacy@apellis.com). La cancelación de esta autorización terminará con el uso y la divulgación de mi información con Apellis y mi participación en el Programa de asistencia al paciente, pero no afectará a ningún uso o divulgación de mi información basados en esta autorización antes de la cancelación. Entiendo que puedo solicitar una copia firmada de esta autorización.

**Sección 10.2 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 sanitaria y aseguradoras, y a utilizar y divulgar mi información para proporcionar asistencia y recursos de productos, incluida la inscripción en el Programa de asistencia al paciente. Los recursos del Programa de apoyo al paciente incluyen, entre otros, proporcionar:

- i) reembolso e información de asistencia financiera y
- ii) recursos y comunicaciones educativas relacionadas con la enfermedad y la medicación, incluida la formación proporcionada por un educador en cuidados de Apellis, incluida, entre otros, la atrofia geográfica (“Recursos para pacientes”), si lo aprueba el médico prescriptor.

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 información. Autorizo a Apellis a proporcionarme a mí y/o a mis cuidadores la formación adecuada sobre el estado de mi enfermedad y la medicación por parte de un educador en cuidados de Apellis, y a proporcionarme a mí y/o a mis cuidadores información y recursos útiles sobre SYFOVRE y la atrofia geográfica.

Entiendo que esta educación no incluye asesoramiento 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 que este me ha informado de los posibles riesgos y efectos secundarios asociados a SYFOVRE y de cómo controlarlos si se producen. Al firmar a continuación, certifico que la información contenida en este formulario es completa y precisa a mi leal saber y entender.

Autorizo a Apellis a enviar mensajes de texto al/a los número(s) de teléfono que proporcione. Entiendo que este consentimiento no es una condición para participar en ApellisAssist ni comprar nada de Apellis. Puedo revocar esta autorización y elegir no recibir llamadas automáticas y mensajes de texto respondiendo STOP a dicho texto de Apellis o poniéndome en contacto con Apellis por escrito en la dirección indicada en la sección 10.1.

Para obtener apoyo a través del Programa de copago SYFOVRE (si procede), certifico que no soy beneficiario de un programa sanitario federal o estatal, incluidos, entre

\*Patient First Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_ \*Last Name: \_\_\_\_\_

**\*Sección 10. Autorizaciones del paciente (continuación)**

otros, Medicaid, Medicare, VA, DoD, TRICARE o cualquier programa estatal de asistencia farmacéutica. Entiendo que una vez inscrito, Apellis pagará mi copago elegible y/o coseguros hasta el máximo del programa, pero que cualquier costo por encima del máximo del programa o aquellos que no son aptos para el pago en virtud del Programa de Copago SYFOVRE son responsabilidad mía.

Para obtener asistencia a través del Programa de asistencia al paciente (si procede), autorizo a Apellis a utilizar mi información demográfica para acceder a informes sobre mi historial de crédito individual de agencias de notificación de consumidores. Entiendo que, previa solicitud, Apellis me dirá si se solicitó un informe de un consumidor individual y el nombre y dirección de la agencia que lo proporcionó. Entiendo 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 procede. 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 o distribuirse para su 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 solicitud, no tengo ninguna otra cobertura para medicamentos con receta, incluidos Medicaid, Medicare o cualquier programa público o privado, o cualquier otra forma de seguro. Si cambiase mi cobertura de seguro, notificaré inmediatamente a ApellisAssist.

**Sección 10.3 Autorización para recibir comunicaciones de marketing (opcional)**

Autorizo a Apellis a comunicarse conmigo (por correo, teléfono, mensaje de texto y/o correo electrónico) con fines de marketing o a proporcionarme información sobre los productos, servicios y programas de Apellis u otros temas de interés, y a realizar investigaciones de mercado o preguntarme de otro modo sobre mi experiencia con dichos temas o pensamientos sobre los mismos. Entiendo y acepto que Apellis podrá utilizar cualquier información que proporcione para ayudar a desarrollar nuevos productos, servicios y programas. Entiendo que no necesito proporcionar esta autorización para recibir comunicaciones de marketing para participar en el Programa de asistencia al paciente a través de ApellisAssist. Entiendo que esta autorización estará en vigor hasta el momento en que decida no recibir comunicaciones de Apellis.

Entiendo que puedo revocar las autorizaciones y elegir no recibir información de Apellis haciendo clic en el enlace “cancelar suscripción” que se proporciona en 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](mailto:privacy@apellis.com).

## 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, in patients with active intraocular inflammation, and in patients with hypersensitivity to pegcetacoplan or any of the excipients in SYFOVRE. Systemic hypersensitivity reactions (e.g., anaphylaxis, rash, urticaria) have occurred.

#### 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.

##### • Retinal Vasculitis and/or Retinal Vascular Occlusion

- Retinal vasculitis and/or retinal vascular occlusion, typically in the presence of intraocular inflammation, have been reported with the use of SYFOVRE. Cases may occur with the first dose of SYFOVRE and may result in severe vision loss. Discontinue treatment with SYFOVRE in patients who develop these events. Patients should be instructed to report any change in vision without delay.

##### • 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.