FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

© 2025 Dompé U.S. Inc. Todos los derechos reservados. US-OXE-2400002ES.2 02/26

Para consultorios que prefieren enviar un fax

1. Completar y firmar este formulario de inscripción del paciente/receta.
2. Enviar por fax la página 1 a Dompé CONNECT to Care al 1-855-263-1775.

Para consultorios que prefieren o necesitan receta electrónica

1. CoAssist Pharmacy (eRx: NCPDP 5733604); teléfono: 855-382-2533
   O BIEN: Accredo Specialty Pharmacy (eRx: NCPDP 4436920); teléfono: 877-831-8112
2. Nota: 1 caja de OXERVATE = 7 ml (1 ml/vial); 8 semanas completas de tratamiento (8 cajas) = 56 ml por ojo

INFORMACIÓN DEL PACIENTE *Denota campo obligatorio.

*Full Name/ Nombre completo: | *Date of Birth/ Fecha de nacimiento: | Gender/Sexo: ☐ Male/ Masculino ☐ Female/ Femenino

*Address/ Dirección: | *City/ Ciudad: | *State/ Estado: | *ZIP/ Código postal:

*Preferred Phone/ Teléfono de preferencia: | Alternative Phone/ Teléfono alternativo: | Patient Email/ Correo electrónico del paciente:

Preferred Language/ Idioma de preferencia: | Caregiver Contact Name/ Nombre de contacto del cuidador: | Caregiver Contact Phone Number/ Número de teléfono de contacto del cuidador:

Al marcar esta casilla, acepto que está bien dejar un mensaje a este cuidador: ☐ Yes/Sí

Información del seguro del paciente

Complete la siguiente información O adjunte una copia de la tarjeta del seguro del paciente.

*Primary Insurance Plan/ Plan de seguro principal (marque una opción): ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Commercial/Private/ Comercial/Privado ☐ Uninsured/ Sin seguro

*Policy Holder's Name/ Nombre del titular de la póliza: | *Policy Holder's Date of Birth/ Fecha de nacimiento del titular de la póliza:

*Insurance Plan Name/ Nombre del plan de seguro: | Phone Number/ Número de teléfono:

Employer/ Empleador: | Policy Number/ Número de póliza: | Group Number/ Número de grupo:

Prescription Drug Benefit Coverage/Pharmacy Benefit Manager/ Gerente de cobertura de beneficios de medicamentos de venta con receta/beneficios de farmacia:

He leído, comprendo y acepto la Autorización de información del paciente de las páginas 2-3.

*Patient/Guardian Signature/ Firma del paciente/tutor: | *Date/ Fecha:

*Patient/Guardian Print Name/ Nombre del paciente/tutor, en letra de imprenta:

PRESCRIBER INFORMATION

*Prescriber Full Name: | *NPI Number:

*Site/Facility Name: | Tax ID #:

*Address: | *City: | *State: | *ZIP:

*Office Phone: | *Office Fax: | Office/Account Email:

Preferred Method of Communication: | Office Contact Name:

DIAGNOSIS AND PRESCRIPTION INFORMATION

*ICD-10 Codes Check all that apply to the treated eye(s)	Neurotrophic keratoconjunctivitis	Central corneal ulcer	Unspecified corneal ulcer	Anesthesia and hypoesthesia of cornea	Other	*Stage of Disease:
Right eye	☐ H16.231	☐ H16.011	☐ H16.001	☐ H18.811		
Left eye	☐ H16.232	☐ H16.012	☐ H16.002	☐ H18.812		
Bilateral	☐ H16.233	☐ H16.013	☐ H16.003	☐ H18.813		

*Select one:	Quantity	Day Supply
☐ Unilateral Treatment	56 mL	56 days
☐ Bilateral Treatment	112 mL	56 days

Product: OXERVATE® (cenegermin-bkbj) ophthalmic solution 0.002%

Directions for Use: Instill 1 drop in the affected eye(s) every 2 hours, 6 times a day, for 8 weeks

No Refills

PRESCRIBER CERTIFICATION AND PRESCRIPTION AUTHORIZATION

I authorize Dompé U.S., Inc., its affiliates, vendors, agents, and contractors (collectively, "Dompé") to act on my behalf for the limited purposes of transmitting this prescription for fulfillment by a designated pharmacy. I represent that I am acting in compliance with HIPAA and that I have a valid authorization from the patient to disclose his or her health information to Dompé in connection with the fulfillment of this prescription, the patient's treatment, and as further detailed in the Voluntary Patient Authorization. I confirm that the information I have provided in this form is complete and accurate to the best of my knowledge. This document and signature authorize the transmission of all necessary information for the prescription to the dispensing pharmacy. I certify I am in compliance with my state-specific prescription requirements such as e-prescribing, state-specific prescription forms, fax language, etc. I understand non-compliance with state-specific requirements could result in outreach to the prescriber.

☐ I'm sending a separate eRx

*Prescriber Signature (No Stamps): | *Date:

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE (voluntaria)

CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Como parte de nuestro Dompé CONNECT to Care ("DC2C") (los "Servicios") recopilamos cierta información sobre sus afecciones médicas y diagnósticos de su parte y, con su autorización, de sus proveedores de atención médica para que nos ayude a prestarle Servicios de manera segura. Si decide no proporcionar esta información, no podemos prestar nuestros Servicios. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de procesamiento de datos y los derechos que puede tener, consulte nuestra Política de privacidad disponible en https://www.dompe.com/us/privacy-policy/. Si usted (o su proveedor de atención médica, con su autorización) proporciona la información y luego cambia de opinión, puede retirar su consentimiento para el procesamiento futuro o solicitar la eliminación de su información médica en cualquier momento; para esto, debe comunicarse con privacy@dompe.com. Al firmar a continuación, otorgo mi consentimiento para que Dompé U.S. Inc., sus filiales y proveedores de servicios (colectivamente, "Dompé") recopilen y usen mi información médica para prestar los Servicios.

AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA DEL PACIENTE PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CON DOMPÉ

Al firmar esta autorización del paciente ("Autorización"), yo (o el tutor legal o cuidador de dicho paciente en su nombre) autorizo, por el presente documento, que mis planes médicos, proveedores de atención médica, centros de intercambio de información sobre servicios médicos y sus socios comerciales ("Entidades cubiertas", tal y como dicho término se define en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos [Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA"]) usen y divulguen mi información médica que puede, en algunas circunstancias, considerarse como información médica protegida [Protected Health Information] ("PHI", tal y como dicho término se define en virtud de la HIPAA) a Dompé (según se define anteriormente), incluidos, entre otros, el administrador de los Servicios (según se define anteriormente). La información médica que podrá transferirse a Dompé incluye información relacionada con mi afección o afecciones médicas, tratamiento, medicamentos, gestión de la atención y el seguro médico, así como información de contacto y otra información proporcionada en este formulario y en cualquier formulario de recetas. Esto puede incluir información sobre infecciones de transmisión sexual, estado del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y dependencia de sustancias o tratamientos si se incluyen en mi expediente y es relevante para los fines descritos en este formulario.

A través de y mediante esta Autorización, autorizo a Dompé a usar mi información médica para los siguientes fines:

1. Establecer la elegibilidad para los Servicios. 2. Comunicarse con las Entidades cubiertas y conmigo acerca de mi atención médica y cobertura médica. 3. Facilitar, evaluar, respaldar o mejorar la provisión de productos, suministros o servicios de Dompé, incluidos los Servicios, por parte de Dompé o a través de un tercero, incluidos, entre otros, nuestro(s) centro(s) de acceso o farmacia(s) especializada(s). 4. Inscribirme en programas de apoyo al paciente o de productos ofrecidos por Dompé u otras entidades para las que pueda ser elegible en función de mi información médica, incluidos, entre otros, cualquier programa de apoyo al paciente para OXERVATE® y/o ciertos servicios de apoyo de enfermería, si están disponibles. 5. Usar y compartir mi información para enviarme o hacer que terceros me envíen comunicaciones y/o información sobre mi experiencia con el acceso y uso de OXERVATE y/u otros productos

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE (voluntaria), continuación

o servicios de Dompé. Esas comunicaciones podrán incluir encuestas y otras invitaciones respecto de investigación clínica o de mercado, así como comunicaciones de marketing. 6. Según lo exija o permita la ley.

Comprendo y acepto que:

1. Los contratistas o proveedores de Dompé que reciban mi información médica de Dompé para los fines detallados anteriormente, también podrán recibir remuneración directa o indirecta de Dompé a cambio de sus comunicaciones conmigo sobre los programas de apoyo a pacientes o de productos de Dompé o los servicios de apoyo subvencionados por Dompé. 2. Toda información médica divulgada a Dompé por las Entidades cubiertas de conformidad con esta Autorización ya no estará protegida por las obligaciones de las Entidades cubiertas en virtud de la HIPAA, pero Dompé la mantendrá de manera confidencial, según su Política de privacidad (que se encuentra en: dompe.com/us/privacy-policy), y tales leyes de privacidad aplicables a Dompé. 3. En el caso de una transacción comercial, como la venta o la reorganización de todo o parte del negocio de Dompé, mi información médica podrá transferirse a un comprador o a una compañía sucesora para permitir que los usos mencionados arriba continúen después de la transacción comercial.

También comprendo y reconozco que:

1. No necesito firmar esta Autorización para recibir tratamiento médico o beneficios del seguro a los que de otro modo tendría derecho, pero si no firmo esta Autorización, no podré obtener asistencia de DC2C. 2. Tras la firma, puedo solicitar una copia de la Autorización firmada. Cuando se complete electrónicamente, podré descargar una copia de esta Autorización o solicitar que esta Autorización se envíe por correo electrónico a la dirección de correo electrónico proporcionada. 3. Podré revocar esta Autorización en cualquier momento por escrito mediante el envío de una carta a 1680 Century Center Pkwy, Suite 4, Memphis TN 38134, o por correo electrónico a: DompeConnect2Care@AssistRx.com. El procesamiento de mi solicitud de revocación de esta Autorización puede tardar hasta 30 días desde la fecha de recepción hasta la dirección física y/o de correo electrónico indicada anteriormente, lo que se reciba primero. 4. Se aplicará una solicitud de revocación de esta Autorización, excepto en la medida en que una Entidad cubierta ya haya actuado en función de ella y se haya valido de ella, y por lo tanto, tal revocación no protegerá ninguna información médica usada o divulgada a Dompé por las Entidades cubiertas antes de la fecha de recepción y procesamiento de mi solicitud de revocación de la Autorización. 5. A menos que se revoque antes, esta Autorización será válida durante tres (3) años a partir de la fecha de mi firma a continuación o según lo permitido o limitado por la ley. 6. Una fotocopia o copia digital de esta Autorización tendrá la misma fuerza y efecto que el original.