

INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

El Formulario de autorización del paciente para Servicios de Asistencia para el trastorno del ciclo de la urea (TCU) otorga a Horizon Pharma y al equipo de Servicios de Asistencia para el TCU de Horizon la capacidad de brindar apoyo a los pacientes que reciben medicamentos para el TCU de Horizon. Los servicios incluyen el manejo de recetas, apoyo para conseguir reembolsos, remisiones a programas de apoyo financiero para pacientes, envíos de fármacos y extensiones para volver a surtir medicamentos, y medicamentos sin costo para pacientes que reúnan los requisitos y les hayan recetado medicamentos para el TCU de Horizon.

Instrucciones:

1. Anote el nombre completo y la fecha de nacimiento del paciente.
2. Lea y firme la Autorización en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Si corresponde, anote el nombre completo del representante personal y la relación que tiene con el paciente.
3. Lea y firme el Consentimiento del paciente y la Opción para ingresar a los servicios del Programa y marque la Opción para ingresar adicional si lo desea. Si corresponde, anote el nombre completo del representante personal y la relación que tiene con el paciente.
4. Envíe el formulario completado por fax a Servicios de Asistencia para el TCU al 877-695-8304. También se puede enviar el formulario por correo a Horizon UCD Support Services (Servicios de Asistencia para el TCU de Horizon) a
7420 Goodlett Farms Parkway, Ste 110, Cordova, TN 38016.
5. Ante cualquier pregunta sobre cómo completar este formulario, la Autorización en virtud de la HIPAA o el Consentimiento del paciente y la Opción para ingresar a los servicios del Programa, comuníquese con Servicios de Asistencia para el TCU al 855-UCD-SUPT (855-823-7878).

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA PARA EL TCU

Envíe el formulario completado por fax al 877-695-8304. Envíelo con el Formulario de recetas de Servicios de Asistencia para el TCU o la Solicitud para el Programa de asistencia para pacientes (PAP).

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Firme tanto la Autorización en virtud de la HIPAA como el Consentimiento del paciente y las secciones correspondientes a la Opción para ingresar a los servicios del Programa antes de enviarlos.

Autorización en virtud de la HIPAA

El Programa de Servicios de Asistencia para el TCU de Horizon (el "Programa") proporciona servicios que varían de un paciente a otro y pueden incluir el manejo de recetas, apoyo para conseguir reembolsos, remisiones a programas de apoyo financiero para pacientes, envíos de fármacos y extensiones para volver a surtir medicamentos, mensajes para el cumplimiento y la permanencia dirigidos al paciente y al médico del paciente, y medicamentos sin costo para pacientes que reúnan los requisitos y les hayan recetado medicamentos para el TCU de Horizon. Esta Autorización permitirá a los proveedores de atención médica del paciente y a las compañías de seguros de salud compartir información con Horizon Pharma plc y las empresas que trabajan en su nombre, de modo que Horizon pueda proporcionar al paciente los servicios descritos anteriormente para los cuales sea elegible.

AUTORIZACIÓN: Al firmar esta Autorización, yo, (el paciente o el representante personal del paciente), autorizo a cada uno de mis médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica (conjuntamente "Proveedores de atención médica"), y a cada una de las compañías de seguros de salud (conjuntamente, "Compañías de seguros"), a usar y/o divulgar la información médica protegida descrita a continuación a Horizon Pharma plc y sus empleados, incluidos los representantes de campo, los capacitadores de enfermería clínica y los contratistas y agentes (conjuntamente, "Horizon") al solo efecto de brindar los servicios del Programa específicos para mí/mi hijo. Autorizo a Horizon a usar y entregar mis datos para que puedan enviarme información o materiales relacionados con los medicamentos para el TCU de Horizon (o cualquier otro producto o servicio en el cual pueda estar interesado), comunicarse conmigo ocasionalmente para recibir mis comentarios (con fines de investigación de mercado) sobre los medicamentos para el TCU de Horizon o el Programa de Servicios de Asistencia para el TCU. Mi información médica puede divulgarse en forma oral o escrita, o a través de transferencia de datos, por fax o correo electrónico. Horizon Pharma plc puede usar la información del paciente para fines de análisis e investigación.

Mis Proveedores de atención médica y Compañías de seguros pueden usar y divulgar mi información médica protegida según lo solicite Horizon. Esta información puede incluir: (1) mi nombre, mis iniciales, mi fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono; (2) registros médicos e información sobre el tratamiento según sea necesario; (3) información sobre envíos de fármacos; (4) información sobre mis beneficios de salud o mi cobertura de seguros de salud; (5) e información financiera sobre mi persona. Horizon puede recibir y usar esta información a fin de administrar el Programa y de determinar mi elegibilidad para recibir servicios específicos, como ayuda financiera.

Comprendo que una vez que mi información médica protegida se haya divulgado a Horizon, es posible que las leyes federales de privacidad ya no protejan la información ante futuras divulgaciones, pero Horizon ha aceptado usar y divulgar mi información solamente para los fines de administrar el Programa. También comprendo lo siguiente:

- Que no estoy obligado a firmar esta Autorización. Mi tratamiento con los Proveedores de atención médica, los pagos por tratamiento, la inscripción al seguro o la elegibilidad para beneficios de seguros no se verán directamente afectados si decido no firmar; sin embargo, no seré elegible para recibir los servicios del Programa.
- Que esta Autorización permanecerá vigente hasta que yo deje de participar en el Programa, momento en el cual expirará.
- Que puedo revocar (cancelar) esta Autorización en cualquier momento comunicándome con Servicios de Asistencia para el TCU al 855-823-7878 o enviando una carta a: UCD Support Services (Servicios de Asistencia para el TCU), 7420 Goodlet Farms Parkway, Cordova, TN 38016 o por correo electrónico a ucdsupport@horizonpharma.com. Si cancelo mi Autorización, mis Proveedores de atención médica y Compañías de seguros no harán más divulgaciones de mi información médica protegida a Horizon; sin embargo, tal cancelación no afectará la capacidad de Horizon de usar y divulgar la información que ya se haya recibido. Si cancelo mi Autorización, ya no podré participar en los servicios del Programa.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización firmada.
- Comprendo que las farmacias pueden recibir honorarios de Horizon a cambio de (1) proporcionarme ciertos materiales y la información descrita anteriormente, y de (2) usar o divulgar cierta información médica conforme a esta Autorización.

Firma del paciente/representante personal*: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente/representante personal, en letra de imprenta: _____

Relación (representante personal), si corresponde (padre/madre, poder notarial, etc.): _____

Consentimiento del paciente y Opción para ingresar a los servicios del Programa

Al firmar a continuación, acepto permitir que el Programa de Servicios de Asistencia para el TCU de Horizon (el "Programa") se comunique conmigo por teléfono, correo o correo electrónico para proporcionarme más información sobre la participación en el Programa, que brinda servicios que incluyen el manejo de recetas, apoyo para conseguir reembolsos, remisiones a programas de apoyo financiero para pacientes, envíos de fármacos y extensiones para volver a surtir medicamentos, mensajes para el cumplimiento y la permanencia dirigidos al paciente y al médico del paciente, y medicamentos sin costo para pacientes con TCU que reúnan los requisitos.

Además acepto permitir que Horizon use y divulgue la información proporcionada sobre mí para brindar los servicios del Programa solicitados por mí o mi médico. Mi información puede usarse y divulgarse para administrar los servicios del Programa descritos anteriormente. Autorizo al Programa a enviar por correo o fax información de prescripción a la farmacia. También comprendo y acepto lo siguiente:

- Que Horizon puede verificar la exactitud de la información contenida en este formulario y solicitar información de seguros y financiera adicional.
- Que las prácticas de privacidad de Horizon pueden cambiar con el tiempo. Los cambios significativos se comunicarán de manera oportuna a todos los participantes del Programa.
- Que Horizon puede cambiar o discontinuar el Programa en cualquier momento. Los cambios significativos se comunicarán de manera oportuna a todos los participantes del Programa.
- Que este consentimiento estará en vigencia en tanto yo participe en el Programa.
- Que no estoy obligado a firmar este consentimiento, y que puedo revocarlo (cancelarlo) en cualquier momento comunicándome con Servicios de Asistencia para el TCU al 855-823-7878 o enviando una carta a: UCD Support Services (Servicios de Asistencia para el TCU), 7420 Goodlet Farms Parkway, Cordova, TN 38016 o por correo electrónico a ucdsupport@horizonpharma.com. Si revoco o no firmo el consentimiento, no seré elegible para recibir los servicios del Programa. Revocar o no firmar el consentimiento no afectará de otro modo mi tratamiento ni mi elegibilidad o beneficios de seguro.
- Que he entregado un formulario de Autorización en virtud de la HIPAA firmado a mi Proveedor de atención médica.
- Que me comunicaré con el Programa si mi estado financiero o mi cobertura de seguros cambia.

Firma del paciente/representante personal*: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente/representante personal, en letra de imprenta: _____

Relación (representante personal), si corresponde (padre/madre, poder notarial, etc.): _____