

TRASTORNO DEL CICLO DE LA UREA INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

El formulario de autorización de pacientes con trastorno del ciclo de la urea (UCD) le brinda a Horizon Pharma y al equipo de Horizon TranscendRare la posibilidad de proporcionar apoyo a los pacientes que reciben medicamentos de Horizon para el UCD. Los servicios incluyen gestión de recetas, apoyo para obtener reembolsos, derivaciones a programas de apoyo financiero para pacientes, envío de fármacos y asistencia para el reabastecimiento, y medicamentos sin cargo para pacientes a los que se les recetaron medicamentos de Horizon para el UCD, que califiquen.

Instrucciones:

1. Escriba el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento.
2. Lea y firme la autorización conforme a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA). Si corresponde, escriba el nombre completo del representante personal y la relación que tiene con el paciente.
3. Lea y firme el Consentimiento del paciente y la Suscripción al programa de servicios, y marque la casilla de Suscripción adicional, si lo desea. Si corresponde, escriba el nombre completo del representante personal y la relación que tiene con el paciente.
4. Envíe por fax el formulario completo a TranscendRare al **1-877-695-8304**. El formulario también se puede enviar por correo a TranscendRare a 7420 Goodlett Farms Parkway, Ste 110, Cordova, TN 38016.
5. Ante cualquier duda sobre cómo completar este formulario, la autorización conforme a la HIPAA o el Consentimiento del paciente y la Suscripción al programa de servicios, llame a TranscendRare al **1-855-823-7878**.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNO DEL CICLO DE LA UREA

Envíe por fax el formulario completo al 1-877-695-8304. Regrese con el formulario de receta para el trastorno del ciclo de la urea o con la solicitud para el programa de asistencia al paciente (PAP).

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

Antes de regresar, firme las secciones de Autorización conforme a la HIPAA, y de Consentimiento del paciente y Suscripción al programa.

Autorización conforme a la HIPAA

El programa TranscendRare (el "Programa") proporciona servicios que varían de paciente a paciente y que pueden incluir gestión de recetas, apoyo para obtener reembolsos, derivaciones a programas de apoyo financiero para pacientes, envío de fármacos y asistencia para el reabastecimiento, mensajería para el cumplimiento y la persistencia dirigida al paciente y al médico del paciente, y medicamentos sin cargo para pacientes a los que se les recetaron medicamentos de Horizon para el UCD, que califiquen. Esta autorización le permitirá al (a los) proveedor(es) de asistencia médica y a la(s) aseguradora(s) médica(s) compartir información con Horizon Pharma plc, y con las compañías que trabajan en su nombre, a fin de que Horizon pueda proporcionar al paciente los servicios descritos anteriormente para los que el paciente sea elegible.

AUTORIZACIÓN: Al firmar esta autorización, yo (el paciente o el representante personal del paciente) autorizo a todos mis médicos, farmacéuticos y demás proveedores de atención médica (en conjunto, "Proveedores de atención médica"), y a todas mis aseguradoras médicas (en conjunto, "Aseguradoras") a utilizar la información médica protegida que se describe a continuación o a revelársela a Horizon Pharma plc y a sus empleados, incluidos los representantes de campo, los educadores de enfermería clínica, y sus contratistas y agentes (en conjunto, "Horizon"), con el único fin de que se utilice para brindar programas de servicios específicos para mí o para mi hijo. Autorizo a Horizon a utilizar y a distribuir mi información para enviarme información o materiales relacionados con los medicamentos de Horizon para el UCD (o cualquier otro producto o servicio que pueda interesarme) y a comunicarse conmigo ocasionalmente para obtener mi opinión (con motivos de investigación de mercado) sobre los medicamentos de Horizon para el UCD o sobre el Programa TranscendRare. Se podrá divulgar mi información médica en forma oral o escrita, o a través de transferencia de datos, facsímil o correo electrónico. Horizon Pharma plc podrá utilizar la información de los pacientes con fines de análisis e investigación.

Mis Proveedores de atención médica y Aseguradoras podrán utilizar o divulgar mi información médica protegida a solicitud de Horizon. Esta información puede incluir lo siguiente: **(1)** mi nombre, mis iniciales, fecha de nacimiento, dirección, número telefónico; **(2)** información de registros médicos y tratamiento según sea necesario; **(3)** información acerca de envíos de medicamentos; **(4)** información acerca de mis beneficios de salud o de la cobertura de mi seguro médico; **(5)** y mi información financiera. Horizon podrá recibir y utilizar esta información para administrar el Programa, y para determinar mi elegibilidad para servicios específicos, como la asistencia financiera.

Comprendo que, una vez que mi información médica protegida se haya divulgado a Horizon, es posible que las leyes federales sobre privacidad ya no protejan la información de nuevas divulgaciones, pero Horizon se ha comprometido a utilizar y divulgar la información con el solo fin del funcionamiento del Programa. También comprendo lo siguiente:

- No estoy obligado a firmar esta Autorización. Si no firmo, no se verán afectados directamente mi tratamiento por parte de los proveedores de atención médica, el pago por el tratamiento, la inscripción al seguro ni la elegibilidad para recibir los beneficios del seguro; sin embargo, no seré elegible para recibir los servicios del Programa.
- Esta autorización tendrá vigencia hasta que deje de participar en el Programa, momento en el cual expirará.
- Puedo revocar (cancelar) esta Autorización en cualquier momento llamando a TranscendRare al 1-855-823-7878 o mediante el envío de una carta a la siguiente dirección: TranscendRare, 7420 Goodlett Farms Parkway, Cordova, TN 38016 o por correo electrónico a ucdsupport@horizonpharma.com. Si cancelo la Autorización, mis Proveedores de atención médica y mis Aseguradoras dejarán de divulgar mi información médica protegida a Horizon; sin embargo, la cancelación no afectará la posibilidad de Horizon de utilizar o divulgar información que ya haya recibido. Si cancelo la Autorización, ya no podré recibir los servicios del Programa.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización firmada.
- Comprendo que las farmacias pueden recibir una remuneración por parte de Horizon a cambio de **(1)** proporcionarme ciertos materiales e información descritos anteriormente y **(2)** utilizar o divulgar cierta información médica de conformidad con esta Autorización.

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

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

Relación (del representante personal), si corresponde (padre/madre, apoderado, etc.): _____

Consentimiento del paciente y Suscripción al programa

Al firmar a continuación, permito que el programa TranscendRare (el "Programa") se comunique conmigo por teléfono, por correo o por correo electrónico para proporcionar más información acerca de mi participación en el Programa, el que proporciona servicios, incluida la gestión de recetas, el apoyo para obtener reembolsos, las derivaciones a programas de apoyo financiero para pacientes, el envío de fármacos y la asistencia para el reabastecimiento, la mensajería para el cumplimiento y la persistencia dirigida al paciente y al médico del paciente, y los medicamentos sin cargo para pacientes a los que se les recetaron medicamentos de Horizon para el UCD, que califiquen.

Además, permito que Horizon utilice y divulgue la información proporcionada sobre mí para brindarme los servicios del Programa solicitados por mí o por mi médico. Mi información podrá ser utilizada y divulgada para brindar los servicios del Programa descritos anteriormente. Autorizo al programa a enviar, por correo o por fax, información de recetas a una farmacia. También comprendo y acepto lo siguiente:

- Horizon podrá verificar la exactitud de la información en este formulario, y requerir información adicional financiera y de seguro.
- 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.
- Horizon puede cambiar o suspender el Programa en cualquier momento. Los cambios significativos se comunicarán de manera oportuna a todos los participantes del Programa.
- Este consentimiento tendrá vigencia durante toda mi participación en el Programa.
- No estoy obligado a firmar este consentimiento y puedo revocarlo (cancelarlo) en cualquier momento llamando a TranscendRare al 1-855-823-7878 o mediante el envío de una carta a la siguiente dirección: TranscendRare, 7420 Goodlett 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 ninguna otra manera mi tratamiento ni mi elegibilidad para el seguro o beneficios.
- Le entregué un formulario de autorización conforme a la HIPAA firmado a mi proveedor de asistencia médica.
- Me comunicaré con el Programa si mi situación financiera o la cobertura de mi seguro cambia.

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

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

Relación (del representante personal), si corresponde (padre/madre, apoderado, etc.): _____