

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

AUTORIZACIÓN (AUTORIZACIONES) DEL PACIENTE

Consentimiento del paciente para permitir que el equipo de apoyo al paciente de Acthar trabaje junto con su proveedor de seguros, farmacia, organización de apoyo y otras personas para proporcionar apoyo en su nombre.

Al firmar esta autorización, autorizo a mi(s) médico(s), mi compañía de seguros médicos y mis proveedores de farmacia (colectivamente, "Partes designadas") para utilizar, divulgar y volver a divulgar a Mallinckrodt ARD LLC ("Mallinckrodt"), el distribuidor de Acthar y sus agentes, personas designadas y contratistas autorizados, incluido el personal de apoyo al reembolso de Mallinckrodt y United BioSource LLC ("UBC") o cualquier otro operador del Servicio de apoyo al paciente de Acthar en nombre de Mallinckrodt (colectivamente, "Partes fabricantes"), información médica relacionada con mi afección médica, tratamiento y cobertura de seguro (mi "Información médica") para que (1) me proporcionen ciertos servicios, incluida la ayuda de reembolso y cobertura, asistencia al paciente y programas de acceso, seguimiento del envío de medicamentos, y capacitación para inyección en el hogar; (2) proporcionarme servicios de apoyo e información asociados con mi tratamiento con Acthar; (3) servir a los fines empresariales internos, como la investigación de mercado, informes financieros internos y fines operativos; y (4) llevar a cabo las respectivas responsabilidades legales de las Partes fabricantes.

Una vez que mi información médica se haya divulgado a las Partes fabricantes, entiendo que puede ser divulgada de nuevo por ellos y ya no estará protegida por las leyes federales y estatales de privacidad. Sin embargo, las Partes fabricantes aceptan proteger mi Información médica mediante su uso y divulgación únicamente para los fines detallados en esta autorización o según lo permita o exija la ley.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi médico y la farmacia no condicionarán mi tratamiento si acepto firmar este formulario de autorización, y mi plan de salud o compañía de seguros médicos no condicionarán el pago de mi tratamiento, la inscripción en el seguro ni la elegibilidad para los beneficios del seguro si acepto firmar este formulario de autorización. Entiendo que mis farmacias y otras Partes designadas pueden recibir pagos en relación con la divulgación de mi Información médica, tal y como se proporciona en esta autorización. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de firmarla.

Puedo revocar (retirar) esta autorización en cualquier momento enviando una carta al equipo del Servicio de apoyo al paciente de Acthar, 680 Century Point, Lake Mary, FL 32746. La revocación de esta autorización terminará con la divulgación de mi Información médica a las Partes fabricantes por parte de mi farmacia, médicos y compañía de seguros médicos cuando reciban una copia de la revocación, pero no se aplicará a la información que ya hayan divulgado a las Partes fabricantes en función de esta autorización. También sé que puedo cancelar mi inscripción en un programa de apoyo al paciente en cualquier momento, por escrito, poniéndome en contacto con Mallinckrodt por fax al 1-877-937-2284 o llamando al Servicio de apoyo al paciente de Acthar al 1-888-435-2284. Esta autorización estará en vigencia durante 5 años, a menos que la legislación estatal disponga un período más corto (PROVEEDORES DE SERVICIOS DE MARYLAND, bajo el Código de Maryland HG § 4-303(b)(4), esta autorización caduca en UN AÑO a partir de la fecha de la firma) o hasta la conclusión de cualquier asistencia de cobertura en curso, lo que sea más largo, una vez que la haya firmado, a menos que la cancele antes de ese momento.

ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD, INCLUIDA LA FECHA

➡ x _____
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL SI ES EL REPRESENTANTE LEGAL, RELACIÓN CON EL PACIENTE FECHA

Consentimiento del paciente para recibir información adicional de Mallinckrodt, como educación sobre su enfermedad y sobre Acthar.

Autorizo a Mallinckrodt y sus socios a usar, divulgar y/o transferir la información personal que proporciono (1) para ponerse en contacto conmigo y proporcionarme materiales informativos y de marketing y oportunidades de ensayos clínicos relacionados con mi afección o tratamiento por cualquier medio de comunicación, incluidos, entre otros, mensaje de texto, correo electrónico, correo postal o teléfono; (2) para ayudar a Mallinckrodt a mejorar, desarrollar y evaluar los productos, servicios, materiales y programas relacionados con mi afección o tratamiento; (3) para inscribirme y proporcionarme los programas y servicios relacionados con Acthar que puedo seleccionar o rechazar en cualquier momento; (4) para divulgar mi inscripción y el uso de estos servicios al médico que me receta medicamentos y las compañías de seguro; y (5) para utilizar mi información que no pueda identificarme para investigaciones científicas y de mercado. Esta autorización permanecerá en vigencia hasta que la cancele, lo cual puedo hacer por escrito en cualquier momento, poniéndome en contacto con Mallinckrodt por fax al 1-877-937-2284 o llamando al Servicio de apoyo al paciente de Acthar al 1-888-435-2284. Puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.

ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD, INCLUIDA LA FECHA

➡ x _____
NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL SI ES EL REPRESENTANTE LEGAL, RELACIÓN CON EL PACIENTE FECHA

Escanee el código QR que aparece a continuación para guardar el número de teléfono del Servicio de apoyo al paciente en los contactos de su dispositivo móvil (consulte los pasos a continuación).



PASO 1



Abra la cámara de su dispositivo móvil

PASO 2



Sostenga su cámara frente al código QR para escanearlo

PASO 3



Guarde la información de su equipo de Apoyo al paciente de Acthar

Si el paciente no está presente para firmar el formulario, envíelo a

ActharConsent.com

y haga que lo firme electrónicamente.