

Se requiere que firme para participar en programas y actividades de apoyo al paciente patrocinados por Jazz

*Indica que el campo es obligatorio.

*Nombre del médico que receta

Información del paciente/representante del paciente

*Nombre del paciente/representante del paciente

*Fecha de nacimiento

*Número de teléfono

Correo electrónico

Por la presente autorizo y ordeno a mi(s) médico(s) prescriptor(es) y a su personal, a mi(s) seguro(s) médico(s) y a la farmacia especializada que va a dispensar mi receta médica (la "farmacia"), a divulgar la siguiente información ("información personal") a Jazz Pharmaceuticals (incluidos sus afiliados y proveedores que ayudan a prestar los servicios) (en conjunto, "Jazz Pharmaceuticals" o "Jazz") para cualquier programa y actividad de apoyo al paciente patrocinados por Jazz, incluido el programa JazzCares:

- información relativa a mi tratamiento con productos de Jazz Pharmaceuticals, incluidos los diagnósticos y recetas pertinentes; e
- información sobre mis beneficios de seguro médico, incluidos deducibles y costos de bolsillo.

Entiendo y autorizo a Jazz Pharmaceuticals a utilizar y divulgar la información personal que reciba como resultado de este formulario para los siguientes fines:

- operar, administrar, inscribirme y/o continuar mi participación en el programa JazzCares o en cualquier otro servicio de apoyo al paciente afiliado a Jazz y en actividades relacionadas con mi afección o tratamiento;
- verificar, investigar, coordinar y resolver consultas de cobertura de seguros o reembolsos y el pago de fármacos de Jazz Pharmaceuticals;
- coordinar mi recepción y el pago de los productos de Jazz Pharmaceuticals;
- ponerse en contacto conmigo acerca de cualquier programa y actividad de apoyo al paciente patrocinados por Jazz, incluido el programa JazzCares (esto puede incluir materiales educativos complementarios, información, ofertas y servicios relacionados con mi terapia o mi afección médica u oportunidades de participar en grupos focales, encuestas o entrevistas);
- contactar y proporcionar mi información personal a organizaciones de defensa del paciente, programas de asistencia al paciente, asistencia con copagos o programas similares para determinar la elegibilidad para la cobertura e inscripción;
- anonimizar mi información personal al recogerla con fines de investigación;
- gestionar programas y actividades de apoyo al paciente patrocinados por Jazz, incluido el programa JazzCares, y fines administrativos que respalden estos servicios y programas.

Entiendo y autorizo a Jazz Pharmaceuticals a ponerse en contacto conmigo mediante la información de contacto proporcionada a Jazz para inscribirme, operar y administrar cualquier servicio de apoyo al paciente patrocinado por Jazz, incluido el programa JazzCares, a través de diversos medios, como correo electrónico, correo postal, teléfono, fax o SMS/texto (a los que podré optar por separado), a menos que opte por no recibir estas comunicaciones poniéndome en contacto con Jazz Pharmaceuticals mediante la información de contacto que figura a continuación. Comprendo que la operación y administración de algunos de estos servicios y/o programas pueden requerir que Jazz se comunique conmigo por teléfono o SMS/texto.

Entiendo que Jazz Pharmaceuticals puede comunicar a mi(s) médico(s) prescriptor(es) y a su personal, a mi(s) aseguradora(s) de salud o a la farmacia, cualquier información personal sobre mí que Jazz Pharmaceuticals pueda crear o recibir. Entiendo que mi(s) seguro(s) médico(s), farmacia y proveedor(es) externo(s) pueden recibir una remuneración (pago) a cambio de revelar mi información personal a Jazz Pharmaceuticals (incluidos JazzCares, sus afiliados y proveedores que ayudan a prestar los servicios) y/o por prestarme servicios de apoyo para los fines descritos anteriormente.

Entiendo que después de que mi información personal se transmita a Jazz Pharmaceuticals, es posible que ya no esté protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Sin embargo, Jazz Pharmaceuticals no divulgará mi información personal a un tercero que no esté relacionado con los programas de apoyo al paciente (como un miembro de la familia o amigo) a menos que yo autorice específicamente a Jazz a hacerlo. Si solicito que una persona o entidad distinta a Jazz Pharmaceuticals reciba mi información personal, entiendo que el receptor puede no estar sujeto a la HIPAA u otras leyes de privacidad y que la información personal podría ser divulgada de nuevo por el receptor.

Comprendo que puedo negarme a firmar este formulario y mi negativa no afectará al tratamiento que reciba de mi(s) médico(s) prescriptor(es) y de su personal, de mi(s) seguro(s) médico(s) y de la farmacia, ni afectará mi inscripción o elegibilidad para los beneficios del seguro médico a los que de otro modo tengo derecho. También comprendo que puedo revocar este formulario en cualquier momento en el futuro, pero, de ser así, puedo dejar de ser elegible para participar en actividades y programas de apoyo al paciente patrocinados por Jazz, incluido el programa JazzCares.

Entiendo que, si revoco este formulario, la revocación no afectará a los usos y divulgaciones de mi información personal que ya se hayan producido en virtud de este formulario.

Este formulario seguirá siendo válido hasta la finalización de la inscripción en los programas y actividades de apoyo al paciente patrocinados por Jazz, incluido el programa JazzCares, a menos que la ley estatal exija un plazo más breve. También puedo revocarlo antes llamando al 1-833-533-5299 o enviando mi solicitud a: Jazz Pharmaceuticals, PO Box 5490, Louisville, KY 40255.

Entiendo que se puede modificar o finalizar el programa en cualquier momento sin notificación previa. Entiendo que puedo solicitar una copia de este formulario que está archivado en Jazz.

Puede encontrar más información sobre las prácticas de privacidad de Jazz Pharmaceuticals en <https://www.jazzpharma.com/privacy-statement/>. Si reside en California, también puede encontrar una descripción de la información personal recopilada por Jazz Pharmaceuticals y sus derechos en virtud de la Ley de Privacidad del Consumidor de California en este sitio web: <https://www.jazzpharma.com/privacy-statement/supplemental-notice-for-california-consumers/>.

Confirmando que la información proporcionada es verdadera y correcta. Si soy el cuidador del paciente, confirmo que estoy autorizado para firmar en nombre del paciente.

Consentimiento de Validación de Ingresos

Entiendo y autorizo a Jazz Pharmaceuticals y a sus afiliados y proveedores a recurrir a una empresa de servicios financieros externa para que lleve a cabo una validación de ingresos a fin de determinar la elegibilidad para los programas de asistencia al paciente. Si se encuentran discrepancias durante esta validación, es posible que JazzCares solicite documentación justificante de ingresos adicional.

Si prefiere no otorgar su consentimiento para una validación de ingresos, marque la casilla. Al optar por no participar en la validación de ingresos, deberá proporcionar documentación de prueba de ingresos para determinar su elegibilidad para el programa de asistencia al paciente.

*Firma del paciente/representante del paciente

*Fecha



US-OHD-2400050 Rev0924



Llame al número gratuito de JazzCares al
1-833-533-5299, de lunes a viernes,
de 8 A. M. a 8 P. M., hora del este

Envíe por fax los formularios completados a
1-855-593-3955

Envíe los formularios completados por correo a
JazzCares Program, PO Box 5490,
Louisville, KY 40255