

OneSource está disponible para brindar apoyo esencial, independientemente del plan de manejo que usted y su médico elijan. OneSource es un programa de cortesía ofrecido por Alexion que está conformado por enfermeros administradores de casos, que son enfermeros registrados con conocimiento clínico y experiencia en financiación.

Los enfermeros administradores de casos de OneSource brindan apoyo continuo en las siguientes áreas:

- **Educación:** colaboración con su equipo de atención médica para responder preguntas y proporcionar materiales educativos relacionados con su enfermedad.
- **Problemas de cobertura y opciones de financiamiento:** asistencia a pacientes y consultorios con preguntas sobre cobertura de seguro y opciones de financiamiento de la investigación.
- **Apoyo al manejo:** asistencia con soluciones para equilibrar todos los aspectos del manejo de la enfermedad cuando se enfrentan desafíos importantes de la vida.

Para que usted pueda participar en OneSource y recibir estos servicios para los pacientes, OneSource necesita recibir, usar y compartir su información médica personal. En este formulario le solicitamos que acepte permitir que sus proveedores de atención médica, plan de salud o aseguradoras de salud revelen su información médica (a veces denominada "información médica protegida" [Protected Health Information, "PHI"]) a OneSource y permitir que OneSource y sus agentes y representantes designados usen y compartan su PHI.

La PHI que necesitamos incluye registros médicos sobre su afección médica y tratamiento, información sobre cuán bien puede manejar su plan de tratamiento, información sobre su cobertura de seguro y beneficios e información de identificación sobre usted (incluido su nombre, dirección, fecha de nacimiento y número de seguro social). OneSource solo usará la PHI (proporcionada por usted o terceros) de las maneras descritas en este formulario o según lo permitido por la ley.

No está obligado a firmar este formulario y, si elige no firmarlo, su capacidad de obtener tratamiento de sus proveedores de atención médica y su elegibilidad para beneficios en virtud de su plan de salud no se verán afectadas. Sin embargo, si no firma este formulario, OneSource no podrá prestarle los servicios antes mencionados.

Para inscribirse en el programa OneSource para obtener apoyo personalizado, lea la información en la contraportada y complete, firme y feche el formulario. Lea con atención este formulario y comuníquese con OneSource si tiene alguna pregunta.

# Formulario de inscripción y autorización de OneSource™

## Información del paciente (marque la indicación adecuada)

- Paciente con hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN)     Paciente con síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa)     Paciente con hipofosfatasa (HFF)     Paciente con deficiencia de lipasa ácida lisosómica (D-LAL)     Paciente con miastenia gravis generalizada (MGg)

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono del paciente (o representante designado, si corresponde): \_\_\_\_\_

Correo electrónico del paciente (o del representante designado) (opcional): \_\_\_\_\_

## Representante designado (Completar esta sección SOLO si la persona que firma este formulario de autorización no es el paciente)

Nombre de la persona que autoriza la divulgación: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## Permisos adicionales (opcional)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Autorización para recibir servicios y comunicaciones del paciente

Yo (o mi representante) autorizo a Alexion Pharmaceuticals, Inc., incluidos, entre otros, sus afiliados, socios comerciales, empleados, subcontratistas, agentes, personas designadas y otros representantes (juntos, "Alexion") para que me presten servicios de apoyo al paciente relacionados con cualquiera de los productos de Alexion, lo que incluye, entre otros, apoyo en línea, servicios de asistencia financiera, servicios de cumplimiento y persistencia y otros servicios de apoyo terapéutico, así como cualquier información o material relacionado con dichos servicios.

Yo (o mi representante) acepto y reconozco que cualquier miembro del personal de Alexion que preste dichos servicios de apoyo no es empleado de mi profesional de atención médica ni brinda consejo o tratamiento médico.

## Autorización para usar y divulgar información médica protegida

Yo (o mi representante) acepto permitir a las **partes autorizadas** que figura a continuación que revelen mi información médica protegida (PHI) a Alexion para los usos descritos a continuación.

### Las partes autorizadas incluyen a las siguientes:

(1) Yo (o mi representante); (2) mi médico de atención primaria, médico evaluador y/o tratante y cualquier especialista u otros proveedores de atención médica que intervengan en mi tratamiento ("Proveedores"); (3) el distribuidor, la farmacia o la agencia de atención médica a domicilio que me provee mi terapia médica ("Distribuidores"); y (4) mi asegurador médico, pagador o programa de asistencia al paciente ("Pagadores").

La PHI que puede revelarse incluye informes médicos, indicaciones, prescripciones y registros, historiales, hallazgos, pronósticos, planes de atención y resúmenes de alta, información de facturación, reclamaciones a la compañía de seguros e informes de revisión de utilización, como así también su nombre, dirección, fecha de nacimiento y número de Seguro Social.

Las **partes autorizadas** pueden revelar mi PHI a Alexion, de modo tal que Alexion pueda usar y divulgar la PHI para los siguientes fines:

**1. Coordinación de la atención:** entre los Proveedores, Distribuidores, Pagadores o yo para la coordinación de mi atención médica, lo que incluye recordatorios de cumplimiento de la terapia.

**2. Manejo de la enfermedad/capacitación del paciente:** para brindarme información, capacitación y servicios de manejo de casos a mí (o a mi representante) y a cualquier Proveedor, Pagador y Distribuidor.

**3. Investigación clínica, protocolos de tratamiento y/o reuniones:** para informarme (o informar a mi representante) sobre los estudios de investigación clínica, protocolos de tratamiento o encuestas relacionados con la enfermedad que puedan beneficiarme y/o reuniones que puedan interesarme.

**4. Revisión de beneficios del seguro/plan y/u opciones de financiamiento:** para revisar, coverificar y ayudarme (o ayudar a mi representante) a comprender los beneficios proporcionados por mi Pagador, para verificar qué servicios incluyen mis beneficios y ayudarme a obtener los servicios solicitados por mi Proveedor, para coordinar los beneficios, para determinar los requisitos de la apelación y para identificar otras fuentes de pago, de ser necesario.

**5. Facturación y pago:** para coordinar la preparación, la presentación y

el procesamiento de reclamaciones de seguro médico, la evaluación de problemas de codificación (facturación), y para ayudar en la resolución de cualquier problema con las reclamaciones relacionadas con mi terapia.

**6. Distribución de la terapia:** para coordinar la distribución de mi terapia médica.

**7. Pedidos de productos:** para cumplir con cualquier pedido de productos que yo (o mi representante) pueda tener y responder a las preguntas que pueda hacer al centro de llamadas de Alexion y, aparte de eso, para informarme (o informar a mi representante) sobre otros servicios que puedan interesarme (o interesarle a mi representante).

**8. Agencias gubernamentales:** para proporcionar información según lo requieran o lo soliciten los representantes de agencias gubernamentales, juntas de revisión y otros que controlan la seguridad de los fármacos (u operaciones) de los fabricantes farmacéuticos.

**9. Otros usos de la PHI:** para anonimizar la información sobre mí y para utilizar esta información anonimizada para llevar a cabo investigaciones, educación para el paciente y la comunidad, desarrollo de protocolos clínicos, estudios de marketing, o para otros propósitos comerciales según lo determine Alexion.

**10. Comunicación:** para comunicarse conmigo (o con mi representante) por correo postal, correo electrónico, fax, llamada telefónica, mensaje de texto (incluidas llamadas y mensajes de texto realizados con un sistema de marcado telefónico automático) y otros medios acordados mutuamente.

## Notificación

Yo (o mi representante) comprendo que una vez que mi PHI se haya divulgado a Alexion, es posible que las leyes de privacidad federal ya no la protejan de otras divulgaciones. Sin embargo, Alexion acepta proteger mi PHI al usarla y divulgarla solamente para los fines descritos en este formulario de autorización o según lo permita la ley. Comprendo que no estoy obligado a firmar esta autorización y que si no firmo este formulario de autorización, o decido revocarlo, mi posibilidad de obtener atención médica y/o terapia, o mi elegibilidad o inscripción para beneficios del seguro, no se verán afectados. No obstante, si no firmo este formulario de autorización, Alexion no podrá proporcionar los servicios descritos anteriormente.

## Firma

Yo (o mi representante) he leído y entiendo los términos de este formulario, y autorizo a Alexion a usar, almacenar, transferir y divulgar mi PHI como se describe en este formulario de autorización. Esta autorización estará vigente durante diez (10) años a menos que yo (o mi representante) la revoque (retire). Yo (o mi representante) puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una carta escrita con mi nombre y dirección a Alexion Pharmaceuticals, Inc., a la dirección o al fax que aparecen en este formulario. Yo (o mi representante) tengo derecho a recibir una copia de este formulario de autorización cuando la solicite.

X

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante designado

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

**Envíe por fax los formularios completados al: 1-800-420-5150**

**Información de contacto de Alexion OneSource**

**Teléfono: 1-888-765-4747**

**Fax: 1-800-420-5150**