

患者全名*

出生日期*

准许使用和披露个人健康信息 (PHI) 的患者授权书

我已知晓,我必须填写此报名表才能获得 Cycle Pharmaceuticals, Ltd. 和 Cycle Vita™ 支持项目的帮助。我已知晓, Cycle Vita™ 支持项目只对 Cycle Pharmaceuticals, Ltd. 销售并透过 Cycle Vita 支持项目管理的药物适用。按照上述销售和管理流程的要求, Cycle Pharmaceuticals, Ltd. 或 Cycle Vita 支持项目及其代理商和承包商(统称为“Cycle”)的工作人员在获取、审查、使用和披露个人健康数据 (PHI) 时需要遵守下述规定。

为确保我能够获得我可能有资格享受的 Cycle Vita 支持项目提供的福利并且我的个人健康信息能够按照适用的联邦法律和法规得到妥善的保护:

- 我进一步授权我的医疗保健服务提供者 (healthcare providers,简称 HCP) 和健康计划团队按照下述规定向有授权的、与 Cycle Vita 支持项目有关的 Cycle 健保专员 (Health Care Professional, 亦简称 HCP) 披露我的个人健康信息,并授权 Cycle 出于本授权书中所述之目的使用和披露此等信息。
 1. 拟披露的信息: 个人健康信息,包括关于我的信息(例如,姓名、邮政地址、财务信息和保险信息),我的既往病史、当前和未来健康状况以及在本授权书上提供的信息,包括与不良事件 (AE) 有关的信息。
 2. 哪些人被授权披露我的信息: 我的 HCP,包括为我提供处方药的所有药房以及为我提供医疗保健福利的所有健康计划或项目。
 3. 我的信息可能会被披露给什么人: 可能会被披露给合格的 HCP、护士、代表 Cycle 的个人包括负责 Cycle Vita 支持项目管理的任何第三方管理人、须按照与 Cycle 签订的合同、妥善处理与 Cycle 药物有关的任何不良事件 (AE) 报告的相关第三方例如 Cycle 药物警戒机构和产品制造商。我已知晓,我的 PHI 只有在如本授权书所述征得我同意之后才被共享。
 4. 披露信息的目的: 向 Cycle 披露 PHI 是为了让 Cycle 能够使用和披露 PHI 信息以便:(1)完成 Cycle Vita 支持项目的招募流程;(2)校验我的报名表;以及(3)确立我有加入 Cycle Vita 支持项目并享受项目提供的相关福利的资格,这些福利可能包括:
 - a. 保险和报销协助: 提供授权之后可获得免费的专业协助,即委托专业人士代表患者向健康保险公司发起理赔、办理理赔并且与 HCP 和保险公司交换与索赔有关的信息。
 - b. 报销支持: 经济援助,包括 Cycle 赞助的共同支付援助项目,仅对符合条件的患者开放。
 - c. 患者权益调查和付款人事先授权支持: Cycle Vita 支持项目的工作人员将与患者投保的健康保险公司和/患者的 PBM (药房权益经理) 联系并且调查、落实患者应享的保险福利,包括协助完成事先授权。
 - d. 提供患者教育及相关信息: Cycle Vita 支持项目的工作人员提供全面的患者教育服务:帮助患者明确药物储存、给药方法并且及时提供相关疾病说明和产品的最新消息。
 - e. 对患者开放制造商/Cycle 的联系渠道: Cycle 将因此能够向接受 Cycle 药物治疗的患者提供相关产品 and 市场的最新资讯、产品召回消息、不良事件通知和可用资源(包括依从性工具以及旨在确保用药依从性的其他项目)。

患者全名*

出生日期*

- 披露后的保护限制。我已知晓,一旦依据本授权书中规定披露我的个人信息,对于这些信息的使用和披露可能不再受联邦隐私法限制。
- 允许拒绝。我已知晓,接受 Cycle 产品治疗、享受医疗费用、参加健康计划以及确立享受福利的资格皆不以签署本授权书为前提。与此同时,我亦知晓:如果我拒绝授权将我的 PHI 披露给合格且已获授权的 Cycle HCP,这意味着我已知情放弃了获得 Cycle Vita 支持项目提供的福利的可能性。
- 授权书副本和取消授权的权利。我已知晓:我将在签署本授权书后获得本文件的一份副本,我的授权书将持续有效直至到期(授权书自签署后(从下方签字日期算起)5年内有效,除非我所在州的法律规定适用更短的期限)——除非我通过电话(+1 (888) 360-8482 (VITA),周一至周五,东部时间早上 8:00 到晚上 8:00)、传真(+1 (888) 385-8482 (VITA))或邮件(书面致函,地址:Cycle Pharmaceuticals Ltd., 200 Portland St., Boston, MA 02114, USA)联系 Cycle Vita 支持项目的工作人员以撤销授权并且我随时有权请求撤销授权。
- 我已知晓:我的药房、健康保险公司和第三方供应商可以出于为我提供上述重要的患者支持的唯一目的将我的 PHI 安全地共享给已获授权的 Cycle 的 HCP 并且因此获得身为制造商的 Cycle 提供的付款。

患者授权

我已阅读并理解了患者授权须知,签署本授权书即表示我授权(你们)按照上述规定使用和披露我的个人健康信息。

***启动权益调查无需签字。
授权也可以在完成 Cycle Vita™ 的权益调查后口头获取。**

患者姓名(正楷)

患者签字

日期

患者代表签字*

日期

*如果由患者代表签署,请说明此人能够代表患者行事是依据什么权限/与患者是何关系:

请阅读以下声明并在选项框中打勾:

- 在此选项框中打勾即表示我授权 Cycle Vita 支持项目使用我的 PHI 通过邮件、电子邮件、短信、电话或我要求的任何通信方式与我联系以达到本文件所述之目的。