

Разрешение пациента на использование и раскрытие персональной медицинской информации (ПМИ)

Мне понятно, что для получения помощи от компании Cycle Pharmaceuticals, Ltd в рамках программы поддержки Cycle Vita™ Support Program необходимо заполнить эту регистрационную форму. Мне известно, что программа поддержки Cycle Vita Support Program действует только на лекарственные препараты, продаваемые компанией Cycle Pharmaceuticals, Ltd и распространяемые в рамках программы поддержки Cycle Vita Support Program. В рамках этого процесса сотрудникам компании Cycle Pharmaceuticals, Ltd. или программы Cycle Vita Support Program, а также их агентам и исполнителям (далее совместно именуемым Cycle) необходимо получать, анализировать, использовать и раскрывать ПМИ, как описано ниже. С целью обеспечения моего доступа к преимуществам, правам и льготам, предоставляемым программой поддержки Cycle Vita Support Program, требованиям которой я могу соответствовать, А ТАКЖЕ для надлежащей защиты моей персональной медицинской информации (ПМИ) в соответствии с применимыми федеральными законами и нормативными правовыми документами:

- Я дополнительно предоставляю полномочия поставщикам медицинских услуг (ПМУ) и страховщикам, работающим в рамках программы Cycle Vita Support Program, раскрывать мою ПМИ, а также даю разрешение Cycle на использование и раскрытие информации и данных для целей, указанных в данном разрешении.
 1. Информация, которая может быть раскрыта: персональная медицинская информация (ПМИ), в том числе сведения обо мне (например, имя, почтовый адрес, данные о финансовом положении, страховке), моем состоянии здоровья в прошлом, в данный момент и в будущем, а также сведения, указанные в данном документе, касающиеся нежелательных явлений (НЯ).
 2. Лица, уполномоченные раскрывать мою информацию: мои ПМУ, в том числе аптеки, выдающие назначенные лекарственные препараты; организации, предоставляющие медицинское страхование или программы, дающие мне преимущества и льготы по медицинскому обслуживанию.
 3. Лица, которым может быть раскрыта моя информация: квалифицированный МР, медсестра, представители Cycle, в том числе администраторы любых сторонних организаций, ответственные за программу поддержки Cycle Vita Support Program, соответствующие сторонние организации, заключившие контракт с Cycle, такие как Cycle Pharmacovigilance Agency и производитель(-и) продукта, для надлежащего анализа отчетов о неблагоприятных явлениях (НЯ), связанных с препаратом Cycle и своевременного принятия решения по ним. Мне понятно, что моя ПМИ может быть предоставлена только с моего согласия, как описано в данном документе.
 4. Цели раскрытия информации: ПМИ может быть раскрыта Cycle в целях выполнения процесса регистрации в программе поддержки Cycle Vita Support Program, для проверки моей регистрационной формы и определения моего соответствия требованиям данной программы и получения предусмотренных ею льгот и преимуществ, которые могут включать:
 - a. Страховку и возмещение расходов: разрешение позволяет получать от имени пациента бесплатную профессиональную помощь по урегулированию претензий, подаче претензий медицинским страховым компаниям, а также обмену (получение/передача) относящимися к претензии сведениями и данными с ПМУ и страховыми компаниями
 - b. Возмещение затрат на поддержку: финансовая помощь, в том числе дополнительная оплата в рамках совместной программы Cycle по оказанию дополнительной финансовой помощи Co-Pay Assistance, предоставляется только пациентам, отвечающим требованиям.
 - c. Поддержку и помощь в определении преимуществ и льгот для пациента и предварительном утверждении лечения плательщиком: сотрудники программы поддержки Cycle Vita Support Program свяжутся, проанализируют и организуют пациенту надлежащее страховое покрытие соответствующей компанией по медицинскому страхованию и/или менеджером по пособиям на лекарственные средства, в том числе окажут помощь в получении предварительного утверждения лечения страховой компанией.
 - d. Обучение пациента и информацию: сотрудники программы поддержки Cycle Vita Support Program проведут полное обучение пациентов надлежащему хранению и приему лекарственного препарата, а также своевременно предоставят им самые актуальные сведения о соответствующем заболевании и продукте.
 - e. Доступ к производителю / Cycle: это позволит Cycle сообщать пациентам, принимающим лекарственные препараты, соответствующие актуальные сведения о продукте и состоянии на рынке, отзыве продукта, уведомлениях о НЯ и доступных дополнительных ресурсах информации, в том числе инструментах для определения степени соответствия потребления препарата назначениям врача и другим программам по обеспечению соответствия лекарственного препарата установленным требованиям.

ФИО пациента*

Дата рождения*

5. Ограничения по защите и раскрытию информации. Я понимаю, что после раскрытия моей ПМИ, согласно данному документу, в отношении ее использования и раскрытия больше не будет действовать федеральное законодательство о защите персональных данных.
6. Возможность отказаться. Я понимаю, что подписание данного разрешения не является обязательным условием для получения лечения продуктами Cycle или оплаты медицинского обслуживания, регистрации медицинской страховки или определения соответствия требованиям для получения льгот и преимуществ. В то же время я понимаю, что, отказав в предоставлении разрешения на раскрытие моей ПМИ квалифицированному и уполномоченному МР Cycle, я осознанно отказываюсь от возможного доступа к преимуществам и льготам программы поддержки Cycle Vita Support Program.
7. Копия разрешения и возможность отменить разрешение. Я понимаю, что после подписания данного разрешения я получу его копию и что мое разрешение будет действительно до истечения срока его действия (т. е. в течение 5 лет с даты подписи, указанной ниже, если меньший срок действия не предусмотрен законодательством государства моего проживания) или отзыва разрешения мной в любое время путем обращения к сотрудникам программы поддержки Cycle Vita Support Program по телефону +1 (888) 360-8482 (VITA), с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00 по восточному поясному времени; по факсу на номер +1 (888) 385-8482 (VITA) или в письменном виде на адрес: Cycle Pharmaceuticals Ltd., 200 Portland St., Boston, MA 02114, USA.
8. Я понимаю, что моя аптека, предоставляющие медицинскую страховку компании, а также сторонние поставщики могут получать оплату от Cycle, как от производителя, в обмен на безопасное предоставление моей ПМИ уполномоченному МР Cycle с единственной целью предоставления мне доступа к важной поддержке пациента, как описано выше.

РАЗРЕШЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Текст данного разрешения пациента мною прочитан, смысл его мне понятен; подписывая этот документ, я даю разрешение на использование и раскрытие своей персональной медицинской информации, как описано выше.

***Подписание НЕ требуется для начала определения соответствия требованиям на получение преимуществ и льгот. Разрешение также может быть получено в устной форме после завершения процедуры определения соответствия требованиям на получение преимуществ и льгот Cycle Vita™.**

Ф.И.О пациента (печатными буквами)

Подпись пациента

Дата

Подпись представителя пациента*

Дата

*В случае подписания представителем пациента укажите полномочия по представлению интересов пациента / отношение к пациенту, дающее право действовать от его имени.

Внимательно прочитайте следующее утверждение и поставьте отметку в поле:

- Отмечая это поле, я даю разрешение программе поддержки Cycle Vita Support Program использовать мою ПМИ для связи со мной по почте, по электронной почте, путем отправки текстового сообщения, по телефону или с использованием любого средства связи, запрошенного мной для целей, указанных выше в данном документе.