

Ascendis Pharma
Formulario de autorización del paciente

Autorizo a Ascendis Pharma, Inc., a sus filiales y a los proveedores que trabajan en representación de Ascendis Pharma, Inc. y sus filiales (en conjunto, "Ascendis"), así como a los proveedores de atención médica, farmacias, compañías de seguro, terceros pagadores u otras entidades que actúen en mi nombre, a usar, compartir y almacenar mi información médica protegida (protected health information, PHI) a fin de determinar si soy elegible para participar en el Ascendis Patient Support Program (PSP), lo que incluye la inspección de mi historia clínica y/o mediante el contacto directo conmigo para confirmar si soy elegible para participar en el PSP. Entiendo que Ascendis utilizará esta información en relación con las operaciones del PSP y cualquier asunto relacionado con este.

Comprendo que mi información médica incluye datos relacionados con mi afección, mis tratamientos y mi cobertura de seguro, así como información que permitirá identificarme (por ejemplo, mi nombre, dirección y fecha de nacimiento). Mi información médica se compartirá con Ascendis para que Ascendis pueda brindarme distintos tipos de apoyo e información que me ayudarán a acceder a Ascendis medicine, que podrían incluir, dependiendo del programa (en conjunto, "actividades de apoyo al paciente" [Patient Support Activities]):

- Apoyo con la verificación de beneficios y reembolsos, lo que incluye:
 - Ayuda para determinar los prerrequisitos de autorización de mi aseguradora
 - Ayuda para determinar los requisitos para apelar una reclamación denegada
- Determinar si soy elegible para recibir ayuda con los copagos o para participar en programas de medicamentos gratuitos
- Brindar recursos e información sobre ayuda económica, si soy elegible
- Enviarme un Autoinyector de SKYTROFA y un kit básico (si corresponde)
- Comunicarse con mis proveedores de atención médica acerca de Ascendis medicine y las actividades de apoyo al paciente
- Proporcionarme materiales educativos sobre atención médica y otros temas

Además, Ascendis podría usar mi información médica a efectos de garantía de calidad y para evaluar y mejorar las actividades y los servicios.

Entiendo que no tengo que firmar este formulario y que, si decido no firmarlo, no se verán afectados mi capacidad para recibir tratamiento de mis proveedores de atención médica ni los pagos de mi aseguradora. No obstante, si no firmo este formulario, el PSP no podrá brindarme ayuda.

Entiendo que la farmacia podría recibir una remuneración económica de Ascendis por divulgar la PHI a Ascendis y para brindarme servicios de apoyo, como enviarme comunicaciones para los fines del programa, tal como se describe de forma general en esta autorización.

Comprendo que, una vez que se haya compartido mi información médica, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. Sin embargo, Ascendis acuerda proteger mi información médica y a usarla para los fines que se describen en este formulario, o según lo exija o lo permita la ley.

Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta que yo informe a Ascendis que he completado mi tratamiento con hormona del crecimiento (a menos que las leyes estatales estipulen un plazo más breve) o a menos que yo notifique tanto a mi proveedor de atención médica como a Ascendis (por escrito al número de fax 1-888-436-0193 o a la dirección postal PO Box 158 Jeffersonville, IN 47131) que quiero revocar esta autorización. Esta revocación no afectará el uso ni la divulgación de mi información médica que hayan tenido lugar antes de que yo retirara mi aprobación. Entiendo que puedo recibir una copia de este formulario.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Nombre del representante legal

Relación con el paciente

Firma del representante legal

Fecha

También doy mi permiso para recibir comunicaciones de Ascendis, el PSP y otras partes que actúen en su representación, las que incluyen correos electrónicos, mensajes de texto o llamadas hechas por marcadores automáticos o mensajes de voz pregrabados, a los teléfonos proporcionados, para determinar mi elegibilidad y brindar información sobre los beneficios, actualizaciones sobre el envío de autoinyectores y cualquier otra información en respaldo de mi acceso a Ascendis medicine. Si tengo un cuidador, esa persona también ha aceptado recibir dichas comunicaciones de Ascendis, el PSP y/u otras partes que actúen en su representación para los fines que se describen más arriba, y por el presente doy mi permiso para que Ascendis, el PSP y/u otras partes que actúen en su representación se pongan en contacto con mi cuidador para dichos fines. Entiendo que puedo (y, si corresponde, mi cuidador puede) optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento llamando al PSP al 1-844-442-7236.

Para obtener detalles sobre la forma en que recopilamos y utilizamos la PHI, incluidos los derechos y avisos de privacidad de EE. UU. para los residentes de California, Nevada o Texas, visite <https://ascendispharma.us/privacy-policy/>.