

Otsuka患者体验联络登记表

传真: 1-240-514-3999

电子邮件: pelconsent@otsuka-us.com

请通过传真将此表格发回至**1-240-514-3999**或通过电子邮件发送至pelconsent@otsuka-us.com。

Otsuka致力于为我们的患者提供服务。

有Otsuka产品处方的患者现在有资格通过Otsuka Patient Support™获得个性化支持。通过Otsuka患者体验联络（PEL）计划，敬业的专业人员可以为您和您的护理伙伴提供有关Otsuka处方药的个人支持。

为了在您的治疗过程中为您和您的护理伙伴提供支持，患者体验联络（PEL）计划可以帮助：

- 在您出院后和/或更换护理提供者时提供支持
- 回答有关保险、负担能力以及在药房配药的问题
- 安排门诊预约，包括您的下一次注射（如适用）

带有*的所有字段都是必填字段。

网上登记
请扫描



联系信息

<input type="checkbox"/>	手机	<input type="checkbox"/>	住宅电话
*姓名（名字，姓氏）		*联系电话	
*街道地址	*城市	*州	*邮政编码
*出生日期（月/日/年）	电子邮件地址		

Otsuka产品

*在此填写Otsuka产品名称

*同意接收电话、短信和电子邮件

请仔细阅读以下内容，然后勾选相关方框

*我同意接收来自Otsuka America Pharmaceutical, Inc.及其代表的 电话和/或 短信和/或 电子邮件。我确认，我是上述电话号码的主要用户。我理解，我不是必须同意接收电话、短信和/或电子邮件，这也不是注册该计划的条件。短信的数量将取决于我的计划选项。**如果同意接收短信或电子邮件，我理解，尽管已尽一切努力保护信息，但短信/短消息和电子邮件可能并不安全。**可能会收取短信费和数据流量费。有关其他信息，请参阅Otsuka America Pharmaceutical隐私政策，网址为：<https://www.otsuka-us.com/privacy-policy>。要退出，请发送短信“STOP”。要寻求帮助，请发送短信“HELP”。

请转到第2页和第3页，以提供要求的信息。

Otsuka患者体验联络登记表

请通过传真将此表格发回至1-240-514-3999或通过电子邮件发送至pelconsent@otsuka-us.com。

Otsuka Patient Support™健康信息使用和披露授权（“授权”）

允许使用和披露健康信息：本授权涉及Otsuka Patient Support™计划和患者联络团队（“计划”）。本计划提供与ODH Inc.及其附属公司和继任公司（“Otsuka”）的药物和设备（“产品”）相关的服务。对于本授权，您的“提供者”包括任何医生、药房、护理中心、诊所或其他医疗保健机构和专业人员，以及任何折扣计划、健康计划或可能拥有与您使用的产品相关信息的其他付款方。签署本授权书，即表明您（或代表您的个人代表）允许您的提供者和Otsuka以及下面指定的接收方如本授权书所述，使用和披露下文定义的您的一些受保护健康信息（“PHI”）。

PHI接收方：您的提供者可能会将您的PHI提供给Otsuka和任何计划运营商、产品制造商和分销商以及承包商（“接收方”）。接收方还可以将您的信息进一步披露给他们的承包商、供应商和将来可能接管该计划的第三方。例如，Otsuka可能会将您的信息提供给供应商、宣传组织、患者援助计划、患者访问中心、数据整合商、实验室、安全计划管理员、Otsuka Digital Health、其他业务合作伙伴、网站跟踪工具供应商，以及上述第三方的工作人员。对于本授权，“接收方”包括Otsuka以及其他所有的这些第三方。“接收方”还包括本授权中列出的任何法定代表人、看护人或其他联系人。

要使用和披露的PHI：PHI包括与以下内容相关的一切健康信息：

- 您的姓名、地址、患者ID号、其他人口统计学数据、出生日期，以及您在与产品相关的任何表格中提供的信息
- 与您的产品使用资格和使用相关的医疗保健记录，例如治疗日期、剂量和配药
- 与已开出或可能开出的产品处方相关的医疗病症，或您在使用产品期间或停止使用产品后的健康状况。您理解，这些信息可能包括敏感PHI，例如您的心理健康信息
- 您对产品的使用体验，包括您是否按处方使用这些产品
- 与产品或您的支付能力相关的医疗保险、财务、付款和报销申报信息
- 有助于支持您的护理过渡（例如出院）的信息

目的：接收方可能出于以下目的以电子或其他任何形式或格式使用、共享和重新披露您的PHI：

- 就本计划和产品相关服务确定您是否有资格并与您联系
- 就产品向您提供帮助，帮助您获取产品，确定健康计划承保要求，并就产品、您的治疗或产品付款与您和提供者沟通
- 内部数据收集、研究和报告，包括审查患者和提供者的使用情况、趋势和未来需求
- 数据分析，包括去除PHI的身份信息、创建有限的数据集或将其与其他信息相结合，以及在法律允许的情况下利用去除身份信息的数据获取利润
- 了解您的整体治疗情况、跟踪承保范围，并确定费用分摊
- 检查计划的成效和运作
- 进行分析，以帮助评估和改进本计划并制定新计划
- 根据适用法律和任何适用的道德行为标准，如果接收方真诚地认为有必要采取行动，以便防止或缓解对您或他人的健康或安全威胁，则他们会联系您的医疗保健提供者、执法部门、紧急服务部门、家庭成员或其他任何能够合理提供帮助的人员
- 履行接收方的法律义务
- 在网站和应用程序上使用跟踪工具来了解您与计划相关平台或产品相关平台的互动和体验，并帮助网站和应用程序正常运行
- 接收方和本计划进行适当的行政管理，包括根据计划运作的需要向其他接收方、提供者、付款方和服务提供者进一步披露信息

撤销：您可以撤销和取消此授权，方法是致电1-833-468-7852，发送电子邮件至connect@otsuka-us.com或发送书面通知至Otsuka Patient Support™, 508 Carnegie Center Drive, Princeton, NJ 08540。如果您对本计划有任何疑问，您可以与提供者交谈和/或致电Otsuka Patient Support™。如果提供者持续披露有关本计划的PHI，则您的撤销会在他们收到您的撤销通知后生效。撤销授权不会影响在收到您的撤销通知之前对PHI的任何使用或披露。例如，无法删除已经与第三方共享的PHI。如果您撤销此授权，您将不再有资格获得计划相关服务，但您仍然可以获得产品。

自愿授权：您不是必须签署本授权书。如果您拒绝签署本授权书，不会影响您开始或继续治疗或其他任何疗法或其质量，也不会影响您的付款、参加健康计划或您有资格获得的福利。您的提供者不得将您是否签署本授权书作为治疗、付款、注册或福利资格的条件。



请转到第3页，以提供要求的信息。

Otsuka患者体验联络登记表

请通过传真将此表格发回至1-240-514-3999或通过电子邮件发送至pelconsent@otsuka-us.com。

进一步披露：按照本授权书允许的方式披露您的PHI后，您的信息可能会被接收方进一步披露，并且不再受《健康保险流通与责任法案》（HIPAA）的保护。此外，您的信息可能不再受其他某些州和联邦隐私和安全法律的保护。

有效期：本授权将在下方签名之日起一（1）年内有效或直至其被撤销，以较早者为准。

签署本授权书，即表示您确认您已阅读、理解并同意本授权，并**明确授权**使用和披露本授权书中提及的PHI。

备用联系人：填写下面的联系信息，即表明您同意我们可以与下面指定的人员共享PHI；您还确认，这些人已经同意本计划可以就您与他们联系并让他们选择接收有关您的短信。如果您不再希望我们与这些人共享您的PHI，您必须使用上述信息联系我们。

手机

住宅电话

*看护人/联系人姓名（名字、姓氏）

*看护人/备用联系人电话

手机

住宅电话

*其他看护人/联系人姓名（名字、姓氏）

*看护人/备用联系人电话

同意：签署本授权书，即表明我确认我已阅读、理解并同意本授权，并**明确授权**使用和披露本授权书中提及的PHI。

我明确授权使用和披露本授权书中提及的PHI。

我同意参加Otsuka患者体验联络计划。

在此处签名*

患者/法定代表签名

我已阅读、理解并同意授权

*日期（月/日/年）

法定代表：请正楷填写姓名并说明您与患者的关系

法定代表姓名（名字、姓氏）

法定代表与患者的关系

有关Otsuka产品的更多信息，请访问Otsukapatientssupport.com。



Otsuka
Otsuka America Pharmaceutical, Inc.

