

OTSUKA 患者体验计划报名表

传真: 1-240-514-3999 电子邮件: pelconsent@otsuka-us.com

请通过传真至 1-240-514-3999 或发送电子邮件至 pelconsent@otsuka-us.com 传回表格。

请记住, 您并不孤单。我们的支持团队随时为您提供帮助。如果您有任何问题, 请致电 1-833-468-7852。

Otsuka 患者体验计划 (Otsuka Patient Experience Program) 的目的是在您的治疗过程提供支持。您可以通过 Otsuka 患者支持服务了解下列计划和服务。填写此表格, 并通过传真或电子邮件传回即可报名。

- 执业医护专业人员提供个人支持
- 共付额援助相关信息
- Otsuka 提供的其他信息和资源



所有带 * 的字段都是必填项。

联络信息

☐ 手机

☐ 住宅电话

*姓名 (姓氏, 名字)

*联络电话

*街道地址

*城市

*州

*邮政编码

*出生日期 (年/月/日)

电子邮件地址

首选语言

专项药店 (可选)

☐ Walgreens 特殊药房

☐ Optum

☐ PANTHERx

☐ 不确定

*您处于治疗过程中的什么阶段?

☐ 已建议我开始治疗, 而且我也打算开始

☐ 我在过去 3 个月内已开始接受治疗

☐ 我目前正在接受治疗, 已经接受了 3 个多月的药物治疗

医生联络信息

医生姓名 (姓氏, 名字)

执业地点名称

联络电话

街道地址

城市

州

邮政编码

*电话沟通、短信和电子邮件同意书

请仔细阅读以下内容并勾选指定的复选框

☐ *我同意接听 ☐ 电话 和/或接收 ☐ 短信 和/或 ☐ 电子邮件 , 无论是来自还是代表 Otsuka America Pharmaceutical, Inc. 和 Otsuka Precision Health, Inc. (OPH Inc.) , 并确认我是上述电话号码的主要用户。我明白, 我对接收 电话、短信及/或电子邮件的同意不是必需的, 也不是该计划的条件。消息的数量将根据我选择的计划而有所不同。同意接收短信或电子邮件代表我明白, 为保护信息、短信/短信和电子邮件, 所做的一切努力可能不安全。可能会收取消息和数据费用。有关其它信息, 请访问 Otsuka America Pharmaceutical 隐私政策网址: <https://www.otsuka-us.com/privacy-policy>。发送文本 “STOP” 选择退出, 发送 “HELP” 获取帮助。

请参看第 2 页和第 3 页, 填写所需信息。



OTSUKA 患者体验计划报名表

请通过传真至 1-240-514-3999 或发送电子邮件至 pelconsent@otsuka-us.com 传回表格。

OTSUKA PATIENT SUPPORT™ 健康信息使用和披露授权（以下称“授权”）

使用和披露健康信息的许可：本授权涉及 Otsuka 患者体验计划和患者体验团队。该计划提供的服务涉及 OPH Inc. 及其附属公司和继承人（以下称“Otsuka”）的药物和产品（以下称“产品”）。就本授权而言，“提供者”包括所有医生、药房、护理中心、诊所或其他医疗机构和专业人员以及任何折扣计划、健康计划或可能掌握与您使用的产品相关信息的其他付款人。签署本授权书即代表您（或代表您的个人代表）允许提供者和 Otsuka 以及下述接受者使用和披露下述受保护健康信息（以下称“PHI”）以及本授权书中所述的部分受保护健康信息。

PHI 受助者：您的提供者可以将您的 PHI 提供给 Otsuka 和任意计划运营商、产品制造商和分销商以及承包商（以下称“接收者”）。接收者也可以将您的信息重新披露给他们的承包商、供应商和未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、倡导组织、患者援助计划、患者访问中心、数据聚合器、实验室、安全计划管理员、Otsuka Precision Health、其他商业合作伙伴、网站跟踪工具供应商和这些第三方的工作人员。就本授权而言，“接收者”包括 Otsuka 和所有其他第三方。“接收者”还包括本授权书中列出的任何法定代表人、护理人员或其他联系人。

拟使用和披露的 PHI：PHI 包括与以下各项相关的任何和所有健康信息：

- 您的姓名、地址、患者身份证号码和其他人口统计数据、出生日期以及您在任何与产品相关的表格上提供的信息
- 与您是否有资格使用这些产品以及产品用法相关的医疗保健记录，如治疗日期、剂量和配药
- 已经或可能据其开出处方产品的健康状况、或您在服用或停止服用产品后的状况。您知道这可能包括敏感的 PHI，如您的心理健康信息
- 您的产品体验，包括是否按处方服用
- 与产品或您的支付能力相关的医疗保险、财务、支付和理赔信息
- 可帮助您完成护理转变的信息，例如出院

目的：接收者可以出于以下目的，以电子或任何其他形式或格式使用、共享和重新披露 PHI：

- 确定您是否符合资格并就该计划和产品相关服务与您联系
- 向您提供有关产品的帮助、方便您获取产品、确定健康计划承保要求、并与您和提供者就产品、您的治疗或产品付款进行沟通
- 内部数据收集、研究以及报告，包括回顾患者和提供者的利用率、趋势和未来需求
- 数据分析，包括取消识别 PHI、创建有限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货币化去辨识数据
- 建立您的治疗档案概况、跟踪承保范围、并确定成本分摊
- 检查该计划的有效性及其运行情况
- 分析以帮助评估和改进该计划并创建新的计划
- 根据适用的法律和任何适用的道德规范准则，联系您的医疗保健提供者、执法部门、紧急服务部门、家庭成员或任何其他合理能够提供帮助的人（如果接收者真诚地认为，为预防或减轻对您的健康或安全或他人健康和安全的威胁，此类行动是必需的）
- 履行接收者的法律义务
- 使用网站和应用程序上的跟踪工具检查您与该计划相关或产品相关平台的互动和体验，帮助网站和应用软件发挥作用
- 对接收者和计划进行适当管理，包括根据运营计划的需要向其他接收者、提供者、付款人和服务提供者重新披露

撤销：您可以通过致电 1-833-468-7852、发送电子邮件给 connect@otsuka-us.com、或者寄送书面通知给 Otsuka Patient Support™, 508 Carnegie Center Drive, Princeton, NJ 08540 撤销和取消本授权。如果对该计划有疑问，请咨询您的提供者和/或致电 Otsuka Patient Support™（号码如前所述）。如果某个提供者继续披露该计划的 PHI，您的撤销将在该提供者收到您的撤销通知后生效。撤销不会影响在收到此类撤销之前对 PHI 的任何使用或披露。例如，如果您的 PHI 已与第三方共享，则无法删除。如果您撤销此授权，您将不再有资格获得项目服务，但这不会影响您获得产品的能力。

自愿授权：您无需签署此授权书。拒绝签字不会影响您的治疗或任何其他治疗的开始、持续或质量、付款、健康计划的注册或您有资格享受的福利。您的医疗机构不得以您是否签署本授权书为条件进行治疗、付款、注册或获得福利。

请参看第 3 页，填写所需信息。



OTSUKA 患者体验计划报名表

请通过传真至 1-240-514-3999 或发送电子邮件至 pelconsent@otsuka-us.com 传回表格。

再次披露：按本授权中允许的方式披露您的 PHI 后，接收者可能会再次披露该信息，并且不再受《健康保险便携性和责任法案》(HIPAA) 的保护。此外，该信息可能不再受到某些其他州和联邦隐私和安全法的保护。

到期：本授权自以下签字之日起一 (1) 年内或撤销前有效，以较早者为准。

授权书的副本：您有权获得此授权书的副本。

签署本授权书即表示您承认并确认已阅读、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

备选联系人：填写以下联系信息即代表您同意可以与下述人员共享 PHI，并且他们已经同意该计划可以联系他们了解您的情况，并允许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，则必须使用上述信息与我们联系。

	☐ 手机	☐ 住宅电话
*护理伙伴/联系人姓名（姓氏，名字）	*护理伙伴/备选联系人电话号码	
	☐ 手机	☐ 住宅电话
*其他护理伙伴/联系人姓名（姓氏，名字）	*护理伙伴/备选联系人电话号码	

同意：签署本授权书即表示您承认并确认已阅读、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 患者体验计划。

签字*

患者/法定监护人签字（我已阅读、理解并同意本授权） — 如果是法定监护人，请说明与患者的关系	*日期（年/月/人）
法定代表人姓名（姓氏，名字）	
法定代表人关系	

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



Otsuka America Pharmaceutical, Inc.

