

## 個人健康情報 (PHI) の使用と開示に関する患者からの許可

私は、Cycle Pharmaceuticals社およびCycle Vita™サポートプログラムからのサポートを受ける前に、本登録書に記入しなければならないことを理解しています。またCycle VitaサポートプログラムはCycle Pharmaceuticals社が販売し、Cycle Vitaサポートプログラムによって管理される薬剤にのみ適用されることも理解しています。このプロセスの一環として、Cycle Pharmaceuticals社、またはCycle Vitaサポートプログラムおよびその代理店と業者（まとめてCycleとする）の担当者が以下に説明されるPHIを入手し、レビューし、使用し、開示する必要があります。

私がCycle Vitaサポートプログラムのサービスを受けられる、かつ私の個人健康情報 (PHI) が連邦法および規制に従って適切に保護されるために、以下を許可します：

- 私の医療提供者 (HCP) および医療制度機関が、Cycle Vitaサポートプログラムに関連して以下に記された方法で私のPHIをCycleの公認医療専門家 (HCP) に開示することを認め、Cycleが本許可書に記された目的に従って情報を使用および開示することを認めます。
  1. 開示される情報：個人健康情報 (PHI)。私についての情報 (氏名、メールアドレス、財務情報、保険など)、私の過去、現在、今後の健康状態、および有害事象 (AE) に関する情報を含む本文書上の情報を含みます。
  2. 私の情報開示の権限を持つ者：私のHCP。私の処方箋を出す薬剤師、および私に医療給付金を提供する医療制度または医療プログラムを含みます。
  3. 私の情報の開示先：Cycleの薬品に関連する有害事象 (AE) の報告に適切に対処する資格を持ったHCP、看護師、Cycleの担当者。Cycle Vitaサポートプログラムの管理を担当するサードパーティーの担当者、Cycleと契約する適切なサードパーティー (Cycle市販後医薬品安全性監視機関、製品の製造会社など) を含みます。私は私のPHIが本文書で説明される私からの許可に基づいてのみ共有されることを理解しています。
  4. 開示の目的：私のPHIは、CycleがCycle Vitaサポートプログラムへの登録プロセスを完了し、私の登録申請書を検証し、Cycle Vitaサポートプログラムおよび以下を含む関連給付金への私の参加／受領資格を確立する目的でCycleに開示することができます。
    - a. 保険および還付のサポート：本文書での許可により、専門サポート組織は患者の代理として無料で医療保険会社に保険金の支払い、請求書の提出を求め、関連する請求情報についてHCPおよび保険会社とコミュニケーションを取ることができます。
    - b. 給付金に関するサポート：Cycleが後援するCo-Pay Assistanceプログラム (対象患者にのみ適用) を含む財務面のサポートです。
    - c. 患者への給付金調査および支払人からの事前承認のサポート：Cycle Vitaサポートプログラムの担当者が保険会社またはPBM (薬剤給付管理会社) に連絡し、調査を行い、共に患者の保険適用範囲の手配を行います (事前承認のサポートを含みます)。
    - d. 患者教育および情報提供：Cycle Vitaサポートプログラムの担当者が薬剤の保管方法、投与方法について患者を指導し、疾患に関連する適切な情報や製品に関する最新情報を提供します。
    - e. 製造会社/Cycleへのアクセス：Cycleの治療薬を投与する患者に対して、関連製品や市場の最新情報、製品のリコール、有害事象に関する通知、および利用できるリソース (服薬遵守するためのツールやその他のプログラムを含みます) についての情報を提供します。

患者のフルネーム\*

生年月日\*

5. 開示後の保護制限: 本文書に従って私のPHIが開示された後は、連邦プライバシー法によってその使用および開示が制限されないことを理解しています。
6. 拒否するオプション: 私は、本同意書に署名することが、Cycle製品による治療や医療の支払いを受けたり、健康保険に加入したり給付金の受給資格を得るための条件ではないことを理解しています。しかし私のPHIを有資格で認可を受けたCycleのHCPに開示しない場合は、Cycle Vitaサポートプログラムが提供する恩恵を受けることができないことを理解しています。
7. 本許可書の複写および許可を撤回する権利: 私は、本許可書への署名後にその複写を受け取り、許可の有効期限が切れるまで(以下の署名日から5年間、または私が居住する州の法律が要求する場合はより短い期間)、または私がCycle Vitaサポートプログラムの担当者に連絡を取ってこの許可を撤回するまでは、私の許可が引き続き有効であることを理解しています。Cycle Vitaサポートプログラムの連絡先電話:+1 (888) 360-8482 (VITA) 月曜から金曜 午前8時から午後8時まで(東部標準時) ファックス:+1 (888) 385-8482 (VITA) 郵送:Cycle Pharmaceuticals Ltd., 200 Portland St., Boston, MA 02114, USA
8. 私は、私の薬局、保険会社、および第三者ベンダーが、上記の重要な患者サポートを私が受けるためだけに、認可を受けたCycleのHCPと私のPHIを安全に共有する見返りとしてCycleから支払いを受けることができることを理解しています。

## 患者からの許可

私は患者からの許可に関する情報を読んで理解しました。上記の説明通りに私の医療情報を使用し開示することを許可するため、この文書に署名します。

**\*給付金調査の開始には署名は必要ありません。Cycle Vita™との給付金調査の完了時に口頭で許可を得る場合があります。**

患者の氏名(ブロック体)

患者の署名

日付

患者代理人の署名\*

日付

\*患者の代理人が署名する場合は、患者の代理をする理由／関係を説明してください

以下を読んでボックスに✓印をいれてください。

- このボックスに✓印を入れることによって、Cycle Vitaサポートプログラムが私のPHIを使って、郵送、メール、テキスト、電話により、また私がここに記載したその他のコミュニケーション手法にて私に連絡することを許可することになります。