

***表示必填字段**

姓名*: (名字) _____ (中间名首字母) _____ (姓氏) _____ 出生日期* (月/日/年): ____/____/____

手机*: (____) _____-____ 电子邮件*: _____

Travere TotalCare 计划 (以下简称“计划”) 是 Travere Therapeutics Inc (以下简称“Travere”) 为患者提供的一项支持计划。在签字之前, 患者和/或患者的授权代表应查阅并理解本授权和发布书 (以下简称“授权书”) 的条款。如果授权代表替患者签字, 请注明与患者的关系。

我理解, 对患者健康信息的收集、使用和披露受法律保护。本《患者起始书》中包含的信息, 如患者姓名、地址、保险、处方和医疗信息, 可能属于“受保护健康信息”(以下简称“PHI”)。签署本授权书, 即表示患者同意如下所述收集、使用和披露患者的 PHI, 并授权其主治医生、医疗保健服务提供者、医疗保险公司或药剂师 (以下简称“保险公司和治疗提供者”) 与 Travere 和帮助 Travere 管理计划支持服务 (以下简称“服务”) 的一家公司或多家公司共享此类信息。

我理解, 一旦根据本授权书披露了关于患者的 PHI, 联邦隐私法不得阻止 Travere 和管理服务的一家公司或多家公司进一步披露患者的信息。但是, 我理解这些实体已同意仅出于本授权书中所述目的或按法律要求使用或披露他们收到的 PHI。

在下方签字, 即表示我授权 Travere 和帮助管理服务的一家公司或多家公司采取以下行动:

- 向患者的保险公司和治疗提供者索取和接收必要的信息, 以调查和解决患者的保险承保范围、编码或补偿查询, 或提供我已申请的补偿支持服务。信息可能包含患者的医疗诊断、病情和治疗 (包括处方信息), 患者的医疗保险、姓名、地址和电话号码;
- 出于调查和解决患者的保险承保范围、编码或补偿查询的目的或者为管理服务 (包括在数据库中输入和维护患者信息) 而收集、使用和披露包括 PHI 在内的任何患者信息;
- 就患者的保险福利、承保状态和产品管理 (如处方、剂量、再配药) 与患者的计划取得联系;
- 必要时向患者的主治医生、医疗保健专业人员或药剂师披露信息, 以解决患者的保险承保范围、编码或补偿查询。患者授权其保险公司、主治医生、医疗保健提供者和药剂师披露 Travere 和帮助 Travere 管理服务的一家公司或多家公司要求提供的关于患者处方药和医疗状况的 PHI;
- 提供经济援助资源, 包括共付额援助或免费药物计划 (如果我符合计划资格)。
- 代表患者联系患者的保险公司、其他潜在资金来源、社会工作者、患者倡权组织或患者援助计划 (如 Travere TotalCare 计划), 以确定患者是否有资格获得医疗保险承保范围或其他资金, 并向他们披露由患者或患者授权代表或医生、医疗保健服务提供者或药剂师提供的关于患者处方药物和医疗状况的 PHI; 以及
- 在法律要求的情况下, 向第三方披露从上述来源获得的任何 PHI, 和/或开展与患者诊断和计划有效性相关的调查、焦点小组或访谈。

我理解, 我可以拒绝签署本授权书, 而这样做不会影响患者接受 FILSPARI (司帕生坦) 或获得保险或保险承保范围的能力。本授权书将在 10 年后失效, 或在州法律要求的情况下在更短期限内失效, 除非我提前致电 1-833-345-7727 或致函 Travere TotalCare (地址: Travere TotalCare, 2250 Perimeter Park Dr, Suite 300, Morrisville, NC 27560) 取消授权。我理解, 我有权提出要求获得本授权书的副本。如需了解特定于加州居民的隐私权和选择, 请访问 <https://travere.com/privacy/california-privacy-policy> 参阅 Travere 的政策。

撤销本授权书将禁止在计划收到书面撤销之日后披露 PHI, 除非已对本授权书采取行动。在我撤销本授权书之后, 可能会在 Travere 和帮助 Travere 管理服务的一家公司或多家公司之间披露患者的 PHI, 以便维护患者的参与记录, 但不会另行披露或使用 PHI。

我理解, 可以管理部分服务的药房可能会从 Travere (作为制造商) 处接收付款, 作为与管理服务的公司安全共享患者 PHI 的交换条件。

➔ 患者或法定代表人签名*: _____ 日期*: _____

患者或法定代表人印刷体姓名: _____

与患者的关系 (如适用): _____

首选语言: 英语 西班牙语 其他: _____ 首选联系方式: 电话 电子邮件 短信

勾选此方框, 即表示我额外授权 Travere 以及我的保险公司和治疗提供者通过邮件、电子邮件、电话、短信或其他通信方式与我联系, 以讨论和接收营销通信、参与研究的邀请、教育材料、治疗支持服务和专为服用 Filspari 的患者设计的患者参与计划, 包括营养支持和咨询。我承认并同意短信可能会包含受保护健康信息 (PHI)。发短信不是一种安全的通信方式, 存在被第三方阅读的风险。可能会产生短信和数据费用, 请访问 <https://travere.com/terms-and-conditions> 获取条款和隐私信息。我可以随时撤销或撤回本同意书。可通过短信回复 STOP 撤回同意接收短信。

如果患者以外的成年人签字, 则需要提供授权委托书证明文件。您可以将文件传真至 1-888-381-0625 或致电 1-833-345-7727 寻求进一步帮助。注意: 若无有效签名, 则无法办理注册。



向我们发邮件, 地址:

Travere TotalCare
2250 Perimeter Park Drive, Suite 300
Morrisville, NC 27560



致电我们, 电话:

1-833-345-7727
服务时间为东部时间周一至周五上午 8
点至晚上 8 点



向我们发传真, 号码:

1-888-381-0625