

AL INSCRIBIRSE, UN ASISTENTE DE TERAPIA GENÉTICA DE ULTRACARE:

- Será un recurso educativo para su paciente o cuidador inscrito
- Se comunicará con el paciente o cuidador para revisar la cobertura del seguro y cualquier programa de apoyo disponible

PASOS PARA UNA INSCRIPCIÓN EXITOSA EN ULTRACARE

Para inscribirse con éxito en el Programa de Servicios de Apoyo al Paciente UltraCare (Terapia Génica), es necesario completar los siguientes pasos:

1 & 2 COMENZAR

- Complete la información del paciente y del médico que lo deriva
- Identifique el peso del paciente y la fecha en la que se registró

3 SELECCIONE UN CENTRO DE TRATAMIENTO CALIFICADO (QTC)

- Seleccione el QTC para la administración del medicamento:
 - Si se conoce, indique la información de contacto del QTC

4 VERIFIQUE EL SEGURO

- Proporcione una copia de todas las tarjetas **DE ATENCIÓN MÉDICA** y de **PRESCRIPCIÓN** del paciente, frente y reverso
- Indique si el paciente no tiene seguro de salud (tanto médico como farmacéutico)

5 DIAGNÓSTICO PRIMARIO CÓDIGO ICD-10-CM

- Indique la información del diagnóstico primario del paciente

6 DOCUMENTACIÓN DE RESULTADOS DE ANÁLISIS DE LABORATORIO

7 OBTENER EL CONSENTIMIENTO

- En Ultragenyx valoramos su privacidad. Se requiere la firma del paciente y/o del cuidador para garantizar que aceptan y comprenden cómo Ultragenyx recopila y utiliza la información

Si el paciente y/o el cuidador desean optar por no participar en la sección de consentimiento del paciente, informe al equipo de UltraCare verbalmente por teléfono o por escrito a la dirección que figura en la página siguiente. No se inscribirá al paciente en UltraCare sin el consentimiento del paciente y/o del cuidador.

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Primer nombre, segundo nombre, apellido _____ Sexo asignado al nacer ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Pronombres de preferencia _____

Fecha de nac. (MM/DD/AAAA) _____ Últimos 4 dígitos del núm. de Seguro Social _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono residencial (____) _____ Teléfono laboral (____) _____ Teléfono celular (____) _____ Mejor horario para contactar _____

Idioma de preferencia _____ Correo electrónico _____

Nombre del cuidador (nombre y apellido) _____ Relación con el paciente _____ Teléfono del cuidador (____) _____

Peso del paciente ____kg Fecha del pesaje _____ (El peso final del paciente debe medirse en un consultorio médico **entre 11 y 15 días calendario antes de la fecha programada para la infusión**).

2 INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE DERIVA:

Nombre y apellido _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio (____) _____ Fax _____ Correo electrónico _____

Nombre/Cargo del contacto del consultorio _____ Teléfono de contacto del consultorio (____) _____

N.º de licencia estatal _____ N.º de NPI _____ N.º de Id. fiscal _____

3 INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRATAMIENTO CALIFICADO (QTC):

- ☐ El QTC es el mismo que el médico que deriva la información
- ☐ Me gustaría recibir ayuda de UltraCare para identificar un QTC

Nombre del QTC _____ Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ NPI del QTC _____

Contacto del QTC _____ Teléfono _____ Fax _____ Correo electrónico _____

4 INFORMACIÓN DEL SEGURO: Asegúrese de proporcionar copias de las tarjetas de ATENCIÓN MÉDICA y de PRESCRIPCIÓN del paciente

- ☐ El paciente no tiene seguro médico ☐ Se ha proporcionado la ficha demográfica del paciente
- ☐ Proporcione copias de todas las tarjetas de atención médica y de prescripción, frente y reverso (cobertura primaria y secundaria, complementaria)

5 DIAGNÓSTICO PRIMARIO CÓDIGO ICD-10-CM:

- ☐ E74.01 Enfermedad por almacenamiento de glucógeno tipo Ia (GSDIa) ☐ Otro: _____

6 DOCUMENTACIÓN DE RESULTADOS DE ANÁLISIS DE LABORATORIO:

Es posible que la aseguradora solicite la siguiente prueba.

Prueba de anticuerpos contra el AAV8: ☐ Solicitada ☐ Completada - Fecha: _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Nombre del médico que deriva _____

7

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA COMPARTIR Y USAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI, por sus siglas en inglés) [OBLIGATORIO]

Entiendo que Ultragenyx Pharmaceutical Inc., y sus agentes, contratistas y otros socios ("Ultragenyx") necesitarán obtener, revisar, usar y divulgar mi información personal y médica ("Mi información") antes de que pueda recibir asistencia a través del Programa de servicios al paciente de UltraCare. Para obtener información adicional sobre las formas en las que Ultragenyx puede recopilar y usar información personal, incluyendo los derechos y notificaciones de privacidad estatales de EE. UU. para los residentes de diferentes estados visite www.ultragenyx.com/privacy-policy. Independientemente de estas políticas, sus datos también pueden estar sujetos a nuestra Política de cookies, si accede a este formulario en línea.

Información que se divulgará - Mi información relacionada con mi inscripción o participación en el Programa puede incluir, entre otras cosas:

- Información general sobre mí, incluido mi nombre, fecha de nacimiento, los últimos 4 dígitos de mi número de seguro social e información de contacto
- Información sobre mi historia clínica, incluida información sobre mis antecedentes médicos o tratamiento con este medicamento recetado o afecciones médicas relacionadas
- Información genética, incluidas las solicitudes y los resultados de pruebas genéticas
- Información sobre mis beneficios médicos o la cobertura de seguro médico
- Información financiera (según sea necesario), como, por ejemplo, mis ingresos
- Toda la información proporcionada en este formulario de inscripción y proporcionada de otro modo por mí a UltraCare

Personas autorizadas a divulgar y utilizar mi información - Autorizo a las siguientes partes a divulgar Mi información a Ultragenyx:

- Mis proveedores de atención médica, incluida cualquier farmacia que dispense mis medicamentos recetados
- Cualquier plan de atención médica, incluida mi compañía de seguro médico, o programas que me proporcionen beneficios de atención médica

Autorizo a Ultragenyx y a sus socios a volver a compartir Mi información con las siguientes partes:

- Mis proveedores de atención médica, incluida la farmacia que dispensa mis medicamentos recetados
- Mis planes de atención médica, incluida mi compañía de seguro médico
- Mi representante autorizado según las leyes federales o estatales (si corresponde)
- Laboratorios y proveedores de servicios de diagnóstico que realizan pruebas relacionadas con mi tratamiento
- Proveedores de servicios de logística y transporte, incluidos aquellos que actúan como responsables independientes del tratamiento conforme a sus propias políticas de privacidad

Fines para los que se podrá usar y divulgar mi información - Mi información se podrá utilizar y divulgar para los siguientes fines:

- Completar el proceso de inscripción y verificar la información proporcionada en mi formulario de inscripción, lo que incluye la confirmación de mi identidad y mi uso o posible uso de los medicamentos recetados por mi proveedor de atención médica
- Establecer mi elegibilidad para beneficios de mi plan de atención médica u otros programas
- Proporcionar asistencia financiera y apoyo para el reembolso, si califico, y proporcionar otro apoyo pertinente, lo que incluye información sobre recursos independientes que también puedan ayudarme
- Comunicarse con mis proveedores de atención médica y coordinar mis recetas y medicamentos a través de una farmacia o el consultorio de un proveedor de atención médica
- Comunicarse conmigo para evaluar la eficacia de UltraCare
- Fines comerciales internos de Ultragenyx, cumplimiento de requisitos legales y fines de auditoría y cumplimiento, lo que incluye combinar Mi información con información obtenida de otras fuentes
- Confirmar que he recibido el medicamento recetado de Ultragenyx a través de UltraCare
- Otras actividades según sea necesario para llevar a cabo los Servicios de Apoyo al Paciente de UltraCare
- Anonimizar la información que proporcione, lo que significa eliminar elementos como mi nombre y dirección para que ya no se pueda usar razonablemente para identificarme
- Identificar usuarios anteriores de UltraCare para garantizar la continuidad del servicio
- Comunicarse conmigo con respecto a eventos educativos, boletines informativos, recursos y posibles oportunidades de compartir mi historia y participar en investigación de mercado, de los que puedo darme de baja en cualquier momento sin que eso afecte mi acceso al programa de servicios al paciente de UltraCare
- Coordinar los servicios de recolección y transporte de muestras

Otros puntos importantes:

- Entiendo que puedo elegir no firmar esta autorización. Si me rehúso a firmarla, mi elegibilidad para los beneficios del plan de atención médica o mi capacidad para recibir tratamiento de mis proveedores de atención médica no cambiarán, pero no tendré acceso a los servicios de apoyo para los que puedo ser elegible y que ofrece UltraCare, como apoyo para copagos/ coseguros, etc. El programa no puede combinarse con ningún reembolso, cupón u oferta de terceros
- Entiendo que proveedores independientes, como las farmacias de especialidad, podrían recibir remuneración financiera a cambio de datos, servicios de apoyo de productos, servicios de reembolso, etc.
- Una vez que firme esta Autorización del paciente y Mi información sea transmitida a Ultragenyx y sus socios, entiendo que las leyes de privacidad estatales y federales podrían ya no proteger, ni prohibir la comunicación adicional de Mi información compartida a Ultragenyx y sus socios por mi proveedor de atención médica u otros
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada y que la autorización para compartir, divulgar o volver a comunicar la información de salud protegida vence en siete años a partir de la fecha de la firma, o siete años después de la fecha de mi última receta, la que sea posterior, a menos que las leyes exijan un período más breve
- Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante notificación a mi representante de UltraCare o directamente a Ultragenyx a través del 1-888-756-8657 o escribiendo a la dirección que se encuentra en el encabezado de este formulario. Si la cancelo, Ultragenyx dejará de usar esta autorización para obtener, usar o divulgar Mi información después de la fecha de la cancelación, pero dicha cancelación no afectará los usos o divulgaciones de Mi información que ya se hubieran hecho de acuerdo con esta autorización antes de la fecha de cancelación
- En la política de privacidad de Ultragenyx (www.ultragenyx.com/privacy-policy/) se puede encontrar más información sobre mis derechos de privacidad, incluidos derechos específicos que yo pudiera tener

Revise y marque las casillas para aceptar lo siguiente y firme donde se indica a continuación:

CONSENTIMIENTO OPCIONAL PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO

- ☐ Doy mi consentimiento a Ultragenyx Pharmaceutical Inc. y a sus agentes, contratistas y cesionarios ("Ultragenyx") a contactarme por mensaje de texto a través del número de teléfono celular proporcionado en la página 1 para brindarme Servicios al paciente. Con mi firma a continuación, certifico que he leído y acepto los Términos de servicio disponibles aquí: <https://www.ultracaresupport.com/TC.pdf>

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del padre/madre/tutor (si el paciente es menor de edad) _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A UN TERCERO QUE NO SEA PADRE/MADRE/TUTOR O LOS SERVICIOS AL PACIENTE DE ULTRACARE (EJEMPLO: CUIDADOR, FAMILIAR U OTRO TERCERO)

Nombre _____ Relación con el paciente _____

☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Terciaria

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Teléfono (_____) _____

Nombre _____ Relación con el paciente _____

☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Terciaria

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Teléfono (_____) _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del padre/madre/tutor (si el paciente es menor de edad) _____ Fecha _____