



* 1 M D A S S T *

MEDICATION ASSISTANCE PROGRAM
PATIENT AUTHORIZATION
FORMULARIO DE AUTORIZACION DEL PACIENTE
PROGRAMA DE ASISTENCIA DE MEDICACION

MRU01843 (10/21/13)

Page 1 of 1

Instructions: Please read and sign this authorization for the Patient Assistance Program. The information on this authorization will be used by Cardinal Health, acting as an agent of University Medical Center of Southern Nevada (UMC), to contact the drug manufacturing companies regarding your medications. All information will be kept in strict confidence.

Instrucciones: Por favor, lea y firme esta autorización para el Programa de Asistencia para Pacientes. La información incluida en esta autorización será utilizada per Cardinal Health, quien actúa como agente del University Medical Center del Sur de NV (UMC), para contactar a las compañías farmacéuticas con respecto a sus medicamentos. Toda la información será mantenida en la más estricta confidencialidad.

UMC, in its mission to provide health care to persons of limited resources, often participates in programs that offer drugs at no cost or reduced prices for persons being treated with certain medications. The nature of your illness and the treatment prescribed for you may qualify you for participation in one of these programs, such as the Medication Assistance Program (MAP). The MAP may require that you disclose your financial status, illness, and/or treatment to the drug manufacturing company sponsoring an assistance program. Your signature is required on certain forms that allow this disclosure. Once we disclose the health information it may no longer be protected by privacy laws.

El UMC, en su misión de proporcionar atención médica a personas de recursos limitados, a menudo participa en programas que ofrecen drogas sin costo o a precios reducidos a personas que están siendo tratadas con ciertos medicamentos. La naturaleza de su enfermedad y el tratamiento prescrito para usted pueden hacer que califique para la participación en uno de estos programas, tales como el Programa de Asistencia de Medicación (MAP). El MAP puede requerir que usted revele su condición financiera, enfermedad y/o tratamiento a la compañía farmacéutica que patrocina un programa de asistencia. Se requiere su firma en ciertos formularios que permiten esta divulgación. Una vez que divulgamos la información médica, ya no puede ser protegida por las leyes de privacidad.

By signing this authorization, you authorize the reimbursement specialist(s) to sign any and all forms and applications on your behalf and to access and release any personal demographic, diagnostic, therapeutic, and/or financial information; including but not limited to eligibility information from Clark County Social Service; required to apply for drug manufacturing company medication assistance programs.

Al firmar esta autorización, usted autoriza al/los especialista/s de reintegro a firmar todo y cualquier formulario y solicitud en su nombre y a acceder a y divulgar cualquier información personal demográfica, de diagnóstico, terapéutica y/o financiera; incluyendo información de elegibilidad del Servicio Social del Condado de Clark; requerido para postularse a programas de asistencia de medicación de compañías farmacéuticas.

Furthermore, by signing this letter, you attest that the information you have provided is true and accurate. This information will remain confidential within UMC and only be released to the drug manufacturing company sponsoring the program in compliance with Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPAA) and state law. In accordance with UMC policy, failure to complete application for all other sources for which you may be eligible will result in pharmacy benefits being denied or canceled under the Patient Assistance Program. Signing this form does not release you from any financial responsibility to UMC, including, but not limited to pharmacy dispensing fees.

Asimismo, al firmar esta carta, usted certifica que la información que ha proporcionado es verdadera y precisa. Esta información se mantendrá confidencial dentro del UMC y sólo se divulgará a la compañía farmacéutica que patrocina el programa de conformidad con la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) y la ley estatal. Conforme a la política del UMC, el no completar la solicitud para todas las otras fuentes para las cuales usted puede ser elegible dará como resultado que se le nieguen o cancelado los beneficios farmacéuticos bajo el Programa de Asistencia a Pacientes. La firma de este formulario no lo libera de ninguna responsabilidad financiera ante el UMC, incluyendo, entre otros, los honorarios por ventas de farmacia.

I, _____ (print name), hereby give permission for the reimbursement specialist to sign on my behalf when seeking aid from drug manufacturing company Patient Assistance Programs. I have also signed an authorization for UMC to use and disclose protected health information for this program. I understand that this authorization is effective for 12 months from the date of signing, or I am no longer participating in the MAP at UMC. I understand I may revoke this authorization at any time by contacting the UMC MAP office at (702) 383-2760.

Yo, _____ (imprimir el nombre), por el presente concedo mi permiso al especialista de reintegro para que firme en mi nombre cuando procure ayuda de Programas de Asistencia a Pacientes de compañías farmacéuticas. Asimismo he firmado una autorización para que el UMC utilice y divulgue información de salud protegida para este programa. Comprendo que esta autorización es efectiva durante 12 meses a partir de la fecha de la firma, o ya no participo en el MAP en el UMC. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento comunicándome con la oficina de MAP en el UMC al (702) 383-2760.

First Name: _____ Middle Initial: _____ Last Name: _____
Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre Último Nombre

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal

Home Phone: (_____) _____ Alternate Phone Number: (_____) _____
Teléfono de la Casa Número de Teléfono Alternativo

Signature of Patient or Guardian: _____ Time: _____ Date: _____
Firma del Paciente o Tutor Hora Fecha