



REQUEST FOR ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION

You have a right to access and inspect records containing your protected health information (PHI) that BriovaRx® keeps and uses to provide pharmacy services to you. According to the Health Insurance Portability and Accountability Act, these records are called the Designated Record Set (DRS). Your DRS includes prescription order information and other records used to make decisions about the services you receive.

Please note: If you need a list of the prescriptions you filled through BriovaRx, simply call customer service at the member telephone number located on your BriovaRx pharmacy materials and ask us to mail you a copy of your medication history report.

Use this form to state the type of records you need and provide the date range for your request. Be as specific as possible. We can provide information for a maximum of six years prior to the date your request is received.

BriovaRx may impose a reasonable, cost-based fee for a copy of your protected health information, as permitted by the Privacy Rule.

BriovaRx will respond to requests submitted by your authorized representative, such as a parent, court-appointed representative or other family member, provided your representative is authorized by you to receive your PHI. However, we may ask for more information from you or your authorized representative to verify the right to act on your behalf.

Your request for a DRS applies only to services provided by BriovaRx. To obtain other PHI regarding services or benefits not provided by BriovaRx, contact the company that provides those services or benefits.

If we are unable to send a copy of your DRS within 30 days from the date we receive your request, we will let you know about the delay.

If you have questions about this form, please call the privacy office at **1-877-598-3646**.



SOLICITUD DE ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Usted tiene derecho a tener acceso e inspeccionar registros que contengan su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que BriovaRx® mantenga y use para prestarle servicios farmacéuticos. De acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud, estos registros se denominan Conjunto de Registros Designados (DRS, por sus siglas en inglés). Su DRS incluye información sobre pedidos y otros registros que usamos para tomar decisiones sobre los servicios que usted recibe.

Nota: Si necesita una lista de las recetas que surtió a través de BriovaRx, simplemente llame al Servicio al Cliente al número de teléfono para miembros que se encuentra en su tarjeta de identificación del plan de beneficios farmacéuticos o de salud y pídanos que le enviemos por correo una copia del informe de su historial de medicamentos.

Use este formulario para indicar el tipo de registros que necesita y detalle el intervalo de fechas para su solicitud. Sea lo más específico posible. Podemos brindarle información sobre un máximo de seis años antes de la fecha en que recibamos su solicitud.

BriovaRx puede cobrar una tarifa razonable basada en el costo por una copia de su información de salud protegida, según lo permitido por la Regla de Privacidad.

BriovaRx responderá a las solicitudes presentadas por su representante autorizado (p. ej., su padre o madre, un representante designado judicialmente u otro miembro de la familia) siempre que su representante esté autorizado por usted para recibir su PHI. Sin embargo, es posible que le solicitemos más información a usted o a su representante autorizado para verificar el derecho a actuar en su nombre.

Su solicitud de un DRS se aplica únicamente a los servicios prestados por BriovaRx. Para obtener otra PHI relacionada con servicios o beneficios que no presta BriovaRx, comuníquese con la compañía que presta dichos servicios o beneficios.

Si no podemos enviarle una copia de su DRS dentro de los 30 días de la fecha en que recibimos su solicitud, le haremos saber de la demora.

*Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, a la oficina de privacidad en **1-877-598-3646**.*

REQUEST FOR ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION SOLICITUD DE ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Use this form to request access to your protected health information (PHI) from BriovaRx. When filling out this form, please complete all sections, print information clearly and provide your most current information. Once the request is approved, a copy of your PHI will be mailed to you or your authorized representative. *Use este formulario para solicitar a BriovaRx el acceso a su información de salud protegida (PHI). Cuando llene este formulario, complete todas las secciones, escriba en letra de imprenta clara y brinde su información más actual. Una vez que la solicitud sea aprobada, se le enviará una copia de su PHI a usted o a su representante autorizado.*

1 Member information | Información sobre el miembro (please provide current information | proporcione información actual)

Last Name Apellido	First Name Nombre	MI Inicial del 2.º Nombre
Mailing Street Address Dirección Postal		Apt. # N.º de Apto.
City Ciudad	State Estado	ZIP Código Postal
Date of Birth (mm/dd/yyyy) Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Gender Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Phone Number with Area Code Número de Teléfono con Código de Área		

2 Type(s) of information requested | Tipo(s) de información solicitada

Please choose one of the three options to indicate what type(s) of information you would like to receive | Elija una de las tres opciones para indicar qué tipos de información quisiera recibir:

- Option 1 | Opción 1:** A report that summarizes my order history from BriovaRx | Un informe que resuma mi historial de pedidos de BriovaRx
- Option 2 | Opción 2:** I requested a summary report of my order history earlier and would like more detailed information about the following | Solicité anteriormente un informe resumido de mi historial de pedidos y ahora quisiera obtener información más detallada sobre lo siguiente:
 - Order Number(s) | Número(s) de Pedido(s): _____
 - Information requested relating to the specific order(s) | Información solicitada en relación con pedido(s) específico(s):
 - Detailed information on order(s) | Información detallada del o los pedidos
 - Appeals/complaints I have filed | Apelaciones o quejas que presenté
- Option 3 | Opción 3:** Other PHI. Please describe | Otra PHI, describa: _____

3 DRS format | Formato DRS

I would like this information provided to me as follows | Quisiera recibir esta información de la siguiente manera:

- Hard paper copy by mail | Copia impresa por correo
 - Electronic sent via secure email to this email address | Copia electrónica enviada a través de correo electrónico seguro a esta dirección de correo electrónico: _____
- Electronic format requested (DRS will be sent as PDF documents if the following field is left blank) | Formato electrónico solicitado (los datos en formato DRS se enviarán como documentos PDF si se deja el siguiente campo en blanco): _____

4 Date range of information requested | Intervalo de fechas de la información solicitada

I would like this information for the following dates | *Quisiera obtener esta información para las siguientes fechas:*

From (mm/dd/yyyy) | *Desde (mm/dd/aaaa)* _____ to (mm/dd/yyyy) | *hasta (mm/dd/aaaa)* _____

Six years prior to the date of this request | *Seis años antes de la fecha de esta solicitud*

Please note: BriovaRx can provide a report covering a maximum of six years prior to the date we receive this request. | *Nota: BriovaRx puede brindar un informe que cubra un máximo de seis años antes de la fecha en que recibamos esta solicitud.*

5 Member/authorized representative signature | Firma del miembro/representante autorizado

I authorize the release of my protected health information to be sent to me; to others as directed in a signed authorization; or to others authorized to act on my behalf, at the address stated in Section 1 of this form. I understand that this request does not apply to certain types of disclosures, including for treatment, payment or health care operations. | *Autorizo que mi información de salud protegida se me envíe a mí; a otros según lo establecido en una autorización firmada; o a otros autorizados a actuar en mi nombre, a la dirección que se indica en la Sección 1 de este formulario. Entiendo que esta solicitud no se aplica a ciertos tipos de divulgaciones, entre ellas, tratamientos, pagos u operaciones de atención de la salud.*

X _____
Member or Authorized Representative Signature | *Firma del Miembro o Representante Autorizado* _____ Date | *Fecha* _____

Important: If legal documentation is not on file with BriovaRx, the authorized representative, including the parent, legal guardian, or executor of an estate, must attach a copy of legal documentation to this form. | **Importante: Si BriovaRx no tiene archivada ninguna documentación legal, el representante autorizado (p. ej., el padre o la madre, el tutor legal o el albacea de un patrimonio) debe adjuntar una copia de la documentación legal a este formulario.**

Authorized Representative's Name | *Nombre del Representante Autorizado*

Phone Number with Area Code | *Número de Teléfono con Código de Área*

Mailing Street Address | *Dirección Postal* _____ Apt. # | *N.º de Apto.* _____

City | *Ciudad* _____ State | *Estado* _____ ZIP | *Código Postal* _____

Relationship to Member and Authority to Act for Member | *Relación con el Miembro y Autoridad para Actuar por el Miembro*

Please mail the completed form to | *Llene y envíe el formulario por correo a:*

**BriovaRx
Privacy Office
17900 Von Karman,
Mail Stop: CA016-0102
Irvine, CA 92614**

6 or fax to | *o fax a:* 1-888-905-9490.