



REQUEST TO RESTRICT USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

The Health Insurance Portability and Accountability Act allows you to request that BriovaRx® limit certain uses and disclosures of your protected health information (PHI). For example, you may ask that we not share your PHI with a certain person. We will consider all restriction requests, but will only honor special requests or those required by law.

BriovaRx understands the importance of keeping your health information confidential. We use and share only information that is necessary to provide services to our clients' members and as permitted and required by law. Sometimes, BriovaRx is unable to honor requests to further limit how we use and/or disclose PHI because it would harm our ability to provide quality services to our clients' members.

If you pay fully out-of-pocket for an item or service and do not wish to disclose the transaction to your health plan for purposes of payment and health care operations, BriovaRx will honor that request. To qualify, you must pay the full cost out-of-pocket for the transaction and make the non-disclosure request at the time of purchase, either in writing or verbally.

Do not use this form to submit such a request because the transaction will have been completed by the time we receive your completed form.

BriovaRx will respond to requests submitted by your authorized representative, such as a parent, court-appointed representative or other family member, provided the 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.

Please note: If your request is granted, the restriction will only apply to services administered by BriovaRx. To restrict disclosures made by your health or prescription benefit plan, please contact your plan directly.

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



SOLICITUD PARA RESTRINGIR EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud le permite solicitar a BriovaRx® que limite ciertos usos y divulgaciones de su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Por ejemplo, usted puede solicitar que no se comparta su PHI con una persona determinada. Consideraremos todas las solicitudes de restricción, pero solamente concederemos las solicitudes especiales o aquellas exigidas por la ley.

BriovaRx entiende la importancia de mantener la confidencialidad de su información de salud. Solamente usamos y compartimos la información que es necesaria para prestar servicios a los miembros de nuestros clientes y según lo permitido y exigido por la ley. A veces, BriovaRx no puede conceder las solicitudes de limitar aún más la forma en que usamos y/o divulgamos PHI porque nos imposibilitaría prestar servicios de calidad a los miembros de nuestros clientes.

Si usted paga un artículo o servicio completamente como desembolso personal y no desea divulgar la transacción a su plan de salud a efectos de pago y operaciones de atención de la salud, BriovaRx concederá esa solicitud. Para calificar, usted debe pagar el costo total de la transacción como desembolso personal y presentar la solicitud de no divulgación en el momento de la compra, ya sea verbalmente o por escrito.

No use este formulario para presentar una solicitud como esa porque la transacción ya habrá sido realizada para el momento en que recibamos el formulario que usted llene.

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 el 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.

Nota: Si se concede su solicitud, la restricción se aplicará únicamente a los servicios administrados por BriovaRx. Para restringir las divulgaciones que realice su plan de beneficios farmacéuticos o de salud, comuníquese directamente con su plan.

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

REQUEST TO RESTRICT USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION | SOLICITUD PARA RESTRINGIR EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Use this form to restrict how BrioVaRx uses and/or discloses your protected health information (PHI). When filling out this form, please complete all sections, print information clearly and provide your most current information. Once the decision to grant or deny your request has been made, you or your authorized representative will receive a letter notifying you of the decision. *Use este formulario para restringir la forma en que BrioVaRx usa y/o divulga 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 se haya tomado la decisión de conceder o denegar su solicitud, usted o su representante autorizado recibirá una carta en la que se notificará la decisión.*

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

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

2 Specific restriction requested | *Restricción específica solicitada*

Please state how you would like BrioVaRx to restrict the ways we use and/or disclose your PHI and the reason(s) for your request. *Indique cómo quisiera que BrioVaRx restrinja las maneras en que usamos y/o divulgamos su PHI y los motivos de su solicitud.*

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

Authorized signature of individual—or personal representative of individual—for whom the restriction is being requested: | Firmada autorizada del interesado (o del representante personal del interesado) para quien se solicita la restricción:

X _____ Date | Fecha
Member | Firma del Miembro

X _____ Date | Fecha
Authorized Representative Signature (if applicable) | Firma del Representante Autorizado (si corresponde)

**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 | Llène y envíe el formulario por correo a:
BriovaRx
Privacy Office
17900 Von Karman,
Mail Stop: CA016-0102
Irvine, CA 92614

4 or fax to | o fax al: 1-888-905-9490.