

Autorización de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud ("HIPAA") para la divulgación de información médica

Por la presente, autorizo a BioPlus Specialty Pharmacy Services, LLC, a Carelon Company, y a su red de farmacias, MedScripts Medical Pharmacy, River Medical Pharmacy, Route 300 Pharmacy y Santa Barbara Specialty Pharmacy (las "Farmacias BioPlus"), y sus agentes y empleados, a usar y divulgar información sobre recetas, seguros, diagnósticos, trastornos por abuso de sustancias (SUD) y otra información relacionada con la salud y la afección (la "Información") del paciente identificado ("Paciente"). Autorizo a que la Información se divulgue entre las Farmacias BioPlus y a los fabricantes de medicamentos, programas de asistencia al paciente y organizaciones de investigación ("Designados") y sus respectivos agentes.

Los fines autorizados para dicho uso o divulgación son proporcionar y coordinar la atención médica del Paciente; proporcionar al Paciente apoyo para el reembolso y ofertas de productos y servicios de atención médica; o para el análisis de los procesos comerciales, el tratamiento de terapia para enfermedades o el tratamiento farmacológico por parte de las Farmacias o los Designados de BioPlus. Reconozco que las Farmacias BioPlus pueden recibir pagos de terceros por dicho uso o divulgación de la Información.

Esta autorización vence 1 año después de la fecha de mi firma o cuando se complete mi tratamiento o ciclo de medicamentos facilitado a través de una Farmacia BioPlus, lo que ocurra primero.

Entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede ser revelada nuevamente por los destinatarios y es posible que ya no esté sujeta a las mismas protecciones que brindan las Farmacias BioPlus.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito a **Privacy Office, Elevance Health, 220 Virginia Ave., Indianapolis, IN 46204**, con la excepción de que ya se hayan tomado medidas en base a esta autorización.

Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. Entiendo que las Farmacias BioPlus no pueden condicionar la prestación del tratamiento o el pago en función de mi negativa a firmar esta autorización.

Puede encontrar una copia de este formulario en bioplusrx.com/patientforms y en su folleto de bienvenida para pacientes. **HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE ESTE CONSENTIMIENTO PARA LA TERAPIA.**

Nombre del paciente ("Paciente"): _____

Firma del paciente: _____

Nombre anterior/alias/apellido de soltera (si corresponde): _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Nombre del representante personal (si corresponde): _____

Firma del representante personal (si corresponde): _____

Descripción de la autoridad del representante personal: _____

Adjunte los documentos correspondientes en los que se otorga autorización legal para actuar en nombre del paciente.