

# Request for an Accounting of Disclosures of Protected Health Information (PHI)



2500 N. Buffalo Drive, Suite 250  
Las Vegas, NV 89128

## Notice to Member:

- Completing this form will allow you as a SilverSummit Healthplan Member, to request an accounting of disclosures of your PHI for the purposes other than for treatment, payment, and/or health care operations and other exceptions under the Privacy Rule 45 CFR § 164.528.
- The list provides you with information related to how we have disclosed your health information to individuals or companies outside of SilverSummit Healthplan.
- An Accounting of Disclosures information can be found in our Notice of Privacy Practices.
- You are entitled to a free accounting of disclosures every 12 months. We may charge a fee to cover the cost for additional requests within the same 12-month period.
- Effective April 14, 2003, SilverSummit Healthplan will provide an accounting of disclosures of PHI for up to six years prior to the date of your request. The time cannot be longer than six years from the request date.
- SilverSummit Healthplan will provide the account of disclosures within 60 days from the receipt of the request. This time may be extended for an additional 30 days. The SilverSummit Healthplan will provide in writing, within the 60 days of the original request, the reason(s) for the extension and the date when the information will be sent.
- If you need help, contact Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Fill in all the information on this form and sign.

---

## Aviso al miembro:

- Completar este formulario le permitirá a usted, como miembro de SilverSummit Healthplan, solicitar un informe de las divulgaciones de su PHI para fines distintos del tratamiento, pago y/u operaciones de atención médica y otras excepciones que se indican en la Regla de privacidad 45 CFR § 164.528.
- La lista le proporciona información relacionada con la forma en que hemos divulgado su información de salud a personas o compañías fuera de SilverSummit Healthplan.
- Puede encontrar información sobre la Contabilidad de divulgaciones en nuestro Aviso de prácticas de privacidad.
- Usted tiene derecho a una contabilidad gratuita de las divulgaciones cada 12 meses. Podemos cobrar una tarifa para cubrir el costo de las solicitudes adicionales dentro del mismo período de 12 meses.
- A partir del 14 de abril de 2003, SilverSummit Healthplan proporcionará un informe de las divulgaciones de PHI hasta seis años antes de la fecha de su solicitud. El período de tiempo no puede ser superior a seis años a partir de la fecha de solicitud.
- SilverSummit Healthplan proporcionará la cuenta de divulgaciones dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la solicitud. Este plazo puede extenderse por 30 días adicionales. El SilverSummit Healthplan proporcionará por escrito, dentro de los 60 días de la solicitud original, la(s) razón(es) de la prórroga y la fecha en que se enviará la información.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.
- Rellene toda la información en este formulario y firme.

**PLEASE READ THE INSTRUCTIONS CAREFULLY AND COMPLETE THE FORM BELOW. INCOMPLETE FORMS CANNOT BE ACCEPTED AND WILL BE RETURNED FOR COMPLETION.**

**1 MEMBER INFORMATION FOR THE ACCOUNTING OF DISCLOSURE:**

Member Name (*print*): \_\_\_\_\_

Member Date of Birth: \_\_\_\_\_ Member ID Number: \_\_\_\_\_

**2 I WOULD LIKE AN ACCOUNTING OF DISCLOSURES MADE DURING THE TIME PERIOD**

**\*\* Effective April 14, 2003, regulations only require providing an accounting of disclosures of PHI for up to six years prior to the date of your request. The time cannot be longer than six years from the request date.**

From: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ To: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**3 PERSON OR GROUP TO RECEIVE INFORMATION**

Who is receiving this Accounting Report?

**Member**     **Member's Legal Representative**     **Member's Parent (if minor)**

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Phone: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**4** By signing this form, I am authorizing SilverSummit Healthplan to send an accounting of disclosures report about the member listed to the person who is to receive the information as noted in section 3.

**Signature of Member or Authorized Representative**

Signature: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IF LEGAL REPRESENTATIVE - Relationship to Member:** \_\_\_\_\_

***If you are the Member's legal or personal representative, you must send us copies of relevant forms, such as power of attorney or order of guardianship.***

MAIL COMPLETED AUTHORIZATION FORM AND ANY SUPPORTING DOCUMENTATION TO  
SILVERSUMMIT HEALTHPLAN, **ATTN: COMPLIANCE DEPARTMENT**  
**2500 N. Buffalo Drive, Suite 250, Las Vegas, NV, 89128**

**LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES Y COMPLETE EL FORMULARIO A CONTINUACIÓN. NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS Y SERÁN DEVUELTOS PARA QUE SE COMPLETEN.**

**1 INFORMACIÓN DEL(DE LA) AFILIADO(A) PARA LA CONTABILIDAD DE LA DIVULGACIÓN:**

Nombre del(de la) afiliado(a) (letra imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del(de la) afiliado(a): \_\_\_\_\_ Número de identificación del(de la) afiliado(a): \_\_\_\_\_

**2 ME GUSTARÍA UN CONTEO DE LAS DIVULGACIONES HECHAS DURANTE EL PERÍODO DE TIEMPO**

\*\* A partir del 14 de abril de 2003, las regulaciones sólo exigen proporcionar un informe de las divulgaciones de PHI hasta seis años antes de la fecha de su solicitud. El período no puede ser superior a seis años a partir de la fecha de la solicitud.

Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**3 PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN**

¿Quién recibe este informe contable?

Afiliado(a)  Representante legal del(de la) afiliado(a)  Padre del(de la) afiliado(a) (si es menor de edad)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**4** Al firmar este formulario, autorizo a < Health Plan > a enviar un informe de contabilidad de divulgaciones sobre el(la) afiliado(a) mencionado(a) a la persona que recibirá la información como se indica en la sección 3.

**Firma del(de la) afiliado(a) o representante autorizado**

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SI ES EL REPRESENTANTE LEGAL - Relación con el(la) afiliado(a):** \_\_\_\_\_

Si usted es el representante legal o personal del(de la) afiliado(a), **debe enviarnos copias de los formularios pertinentes**, como el poder notarial o la orden de tutela.

ENVÍE POR CORREO EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN COMPLETO Y CUALQUIER DOCUMENTACIÓN DE APOYO A SILVERSUMMIT HEALTHPLAN, **ATTN: COMPLIANCE DEPARTMENT**  
**2500 N. Buffalo Drive, Suite 250, Las Vegas, NV, 89128**