

**Read Only Version of Authorization Language - Not for Signature**

**Authorization to Use and Disclose Protected Health Information to a Third-Party**

I \_\_\_\_\_ [First and Last Name] hereby authorize Allēus Health Analytics to use and disclose protected health information to the law firm I have requested to be introduced to for the purposes of evaluating qualification for potential participation in specific mass tort litigation to assist {{ClientName}} in recovering Payment for care.

The protected health information to be disclosed will include my name and identifying information, the name of the drug, medical device, or product litigation for which I may potentially qualify, and medical billing information related to my medical care, but only as regards the specific litigation for which I may qualify.

I understand that the Authorization will expire when {{ClientName}}, has recovered payment upon the completion of the litigation and lien resolution, unless state law dictates a specific period, in which case that will control.

I also understand that:

- a) In order to pay for its services, Allēus may receive direct or indirect compensation as a direct outcome of this conversation such as a portion of any potential recovery {{ClientName}} receives from a settlement;
- b) I have the right to revoke this Authorization at any time in writing, by sending the request to Allēus Health Analytics Records Administrator:

1800 City Farm Dr.  
Building 4, Suite B  
Baton Rouge LA 70806

The revocation will not affect any disclosures made before the date an Authorization is withdrawn;

- c) I do not have to agree to this Authorization to receive treatment, enroll in a health plan, or be eligible for health plan benefits;
- d) I understand that the information disclosed per the Authorization may be subject to redisclosure by the recipient and no longer protected by Federal HIPAA Privacy laws but may be protected by State laws or other confidentiality provisions of the third-party recipient (e.g., attorney-client privilege confidentiality provisions); and
- e) Alleus will retain a copy of the Authorization for a period of (6) years and I will be provided with a hard copy of the Authorization executed telephonically.

Versión de solo lectura del lenguaje de autorización: no para firma

Autorización para usar y divulgar información de salud protegida a un tercero

Yo \_\_\_\_\_ [Nombre y Apellido] por la presente autorizo a Allēus Health Analytics a usar y divulgar información de salud protegida a la firma de abogados a la que he solicitado que me presenten con el fin de evaluar la calificación para una posible participación en un litigio de agravio masivo específico para ayudar a {{ClientName }} en la recuperación del Pago por la atención.

La información de salud protegida que se divulgará incluirá mi nombre e información de identificación, el nombre del litigio por medicamentos, dispositivos médicos o productos para los cuales puedo calificar, y la información de facturación médica relacionada con mi atención médica, pero solo con respecto a los litigios para los que puedo calificar.

Entiendo que la Autorización caducará cuando {{ClientName}} haya recuperado el pago al finalizar el litigio y la resolución del gravamen, a menos que la ley estatal dicte un período específico, en cuyo caso prevalecerá.

También entiendo que:

- a) Para pagar sus servicios, Allēus puede recibir una compensación directa o indirecta como resultado directo de esta conversación, como una parte de cualquier recuperación potencial que {{ClientName}} reciba de un acuerdo;
- b) Tengo derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento por escrito, enviando la solicitud a Allēus Health Analytics Records Administrator:

1800 City Farm Dr.  
Building 4, Suite B  
Baton Rouge LA  
70806

La revocación no afectará ninguna divulgación realizada antes la fecha en que se retira una Autorización;

- c) no tengo que aceptar esta Autorización para recibir tratamiento, inscribirme en un plan de salud o ser elegible para los beneficios del plan de salud;
- d) Entiendo que la información divulgada según la Autorización puede estar sujeta a que el destinatario la vuelva a divulgar y ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad HIPAA, pero puede estar protegida por las leyes estatales u otras disposiciones de confidencialidad del destinatario tercero (por ejemplo, abogado- disposiciones de confidencialidad del privilegio del cliente); y
- e) Alleus conservará una copia de la Autorización por un período de (6) años y se me proporcionará una copia impresa de la Autorización ejecutada telefónicamente.