



FROM



Ủy Quyền Sử Dụng và Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe

Thông Báo cho Hội Viên:

- Việc điền vào mẫu đơn này sẽ cho phép Ambetter from PA Health & Wellness (i) sử dụng thông tin sức khỏe của quý vị cho mục đích cụ thể và/hoặc (ii) chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị với cá nhân hoặc tổ chức mà quý vị nêu trong mẫu đơn này.
- Quý vị không bắt buộc phải cho phép sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của mình. Các dịch vụ và quyền lợi của quý vị với Ambetter from PA Health & Wellness sẽ không thay đổi nếu quý vị không gửi mẫu đơn này.
- Nếu quý vị muốn hủy mẫu đơn ủy quyền này, hãy gửi cho chúng tôi văn bản yêu cầu thu hồi mẫu đơn đến địa chỉ ở cuối trang này. Quý vị có thể nhận mẫu đơn thu hồi bằng cách gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở mặt sau thẻ ID hội viên của quý vị.
- Ambetter from PA Health & Wellness không thể đảm bảo rằng cá nhân hoặc nhóm quý vị cho phép chúng tôi chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị sẽ không chia sẻ thông tin đó với người khác.
- Hãy giữ lại bản sao của tất cả các mẫu đơn đã hoàn thành mà quý vị gửi cho chúng tôi. Chúng tôi có thể gửi cho quý vị bản sao nếu quý vị cần.
- Nếu quý vị cần trợ giúp, hãy liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở mặt sau thẻ ID hội viên của quý vị.
- Điền tất cả thông tin trên mẫu đơn này. Khi hoàn tất, hãy gửi mẫu đơn này và bất kỳ tài liệu hỗ trợ nào đến địa chỉ

Ambetter

CC: Member Services

333 E. Wetmore

Tucson, AZ 85705

Aviso al (la) afiliado(a):

- Al llenar este formulario, usted autoriza a Ambetter from PA Health & Wellness a (i) que use su información de salud para un fin en particular, y/o (ii) que la dé a conocer a la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- Usted no tiene que firmar este formulario ni dar permiso a usar o dar a conocer su información de salud. Sus servicios y beneficios de Ambetter from PA Health & Wellness no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos por escrito una solicitud para revocarlo a la dirección que aparece al final de esta página. Servicios para los afiliados puede proporcionarle un formulario de revocación si les llama al número telefónico que se encuentra en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Ambetter from PA Health & Wellness no puede prometer que la persona o el grupo al que nos permita dar a conocer su información de salud no la dará a conocer a alguien más.
- Conserve una copia de todos los formularios llenos que nos envíe. Si las necesita, podemos enviarle copias.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para los afiliados al número telefónico que aparece en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Llene toda la información en este formulario. Al terminar, envíe el formulario y todos los documentos de apoyo a

Ambetter

CC: Member Services

333 E. Wetmore

Tucson, AZ 85705

VUI LÒNG ĐỌC KỸ HƯỚNG DẪN VÀ HOÀN THÀNH MẪU ĐƠN DƯỚI ĐÂY. CHÚNG TÔI KHÔNG CHẤP NHẬN MẪU ĐƠN CHƯA HOÀN THÀNH.

1 THÔNG TIN HỘI VIÊN:

Tên Hội Viên (*viết in hoa*): _____

Ngày Sinh của Hội Viên: _____ Số ID của Hội Viên: _____

2 TÔI CHO PHÉP Ambetter PA Health & Wellness DÙNG THÔNG TIN SỨC KHỎE CỦA TÔI CHO MỤC ĐÍCH ĐÃ XÁC ĐỊNH HOẶC CHIA SẺ THÔNG TIN SỨC KHỎE CỦA TÔI VỚI CÁ NHÂN HOẶC NHÓM CÓ TÊN DƯỚI ĐÂY. MỤC ĐÍCH CỦA VIỆC ỦY QUYỀN LÀ (*chọn một tùy chọn bên dưới*):

- cho phép Ambetter from PA Health & Wellness giúp tôi về các quyền lợi và dịch vụ của mình, **HOẶC**
 cho phép Ambetter from PA Health & Wellness sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi cho

3 CÁ NHÂN HOẶC NHÓM ĐƯỢC NHẬN THÔNG TIN (*thêm các Cá Nhân hoặc Nhóm khác ở trang tiếp theo*):

Tên (cá nhân hoặc nhóm): _____

Địa Chỉ: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____ Điện Thoại: (____) ____ - ____

4 TÔI ỦY QUYỀN CHO Ambetter PA Health & Wellness SỬ DỤNG HOẶC CHIA SẺ THÔNG TIN SỨC KHỎE DƯỚI ĐÂY: *Chọn nhận định đầu tiên để cho phép TẤT CẢ thông tin sức khỏe hoặc chọn nhận định bên dưới để chỉ cho phép MỘT SỐ thông tin sức khỏe. KHÔNG ĐƯỢC chọn cả hai nhận định.*

Tất cả thông tin sức khỏe của tôi BAO GỒM:

Thông tin, dịch vụ hoặc kết quả xét nghiệm di truyền; dữ liệu và hồ sơ về HIV/AIDS; dữ liệu và hồ sơ về sức khỏe tâm thần (nhưng không bao gồm ghi chú về liệu pháp tâm lý); dữ liệu và hồ sơ về thuốc/dược phẩm theo toa; và dữ liệu và hồ sơ về chất gây nghiện và rượu (vui lòng ghi rõ thông tin về tình trạng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện có thể được tiết lộ);

HOẶC

Tất cả thông tin sức khỏe của tôi NGOẠI TRỪ (*chỉ chọn các ô phù hợp dưới đây*):

- Thông tin, dịch vụ hoặc xét nghiệm di truyền
 Dữ liệu và hồ sơ về AIDS hoặc HIV
 Dữ liệu và hồ sơ về chất gây nghiện và rượu
 Dữ liệu và hồ sơ về sức khỏe tâm thần (nhưng không bao gồm ghi chú về liệu pháp tâm lý)
 Dữ liệu và hồ sơ về thuốc/dược phẩm theo toa
 Khác: _____

5 SỰ ỦY QUYỀN NÀY KẾT THÚC VÀO NGÀY NÀY/KHI DIỄN RA SỰ KIỆN: _____

Ngày mà sự ủy quyền này kết thúc nếu không bị hủy. Nếu trường này được để trống, sự ủy quyền sẽ hết hiệu lực trong vòng một năm kể từ ngày ký tên dưới đây.

6 CHỮ KÝ CỦA HỘI VIÊN HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP: _____

NGÀY: _____

NẾU LÀ NGƯỜI ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP – Mỗi Quan Hệ với Hội Viên: _____

Nếu quý vị là người đại diện hợp pháp hoặc người đại diện cá nhân của Hội Viên, quý vị phải gửi cho chúng tôi bản sao của các mẫu đơn liên quan, chẳng hạn như giấy ủy quyền hoặc giấy chứng nhận giám hộ.

**GỬI MẪU ĐƠN ỦY QUYỀN HOÀN CHỈNH VÀ MỌI TÀI LIỆU HỖ TRỢ QUA ĐƯỜNG BƯU ĐIỆN ĐẾN
Ambetter PA Health & Wellness, CC: Member Services
333 E. Wetmore, Tucson, AZ 85705**

(CÁC) CÁ NHÂN HOẶC NHÓM KHÁC ĐƯỢC NHẬN THÔNG TIN:

LƯU Ý: Nếu quý vị đồng ý tiết lộ bất kỳ hồ sơ nào về tình trạng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện cho người nhận không phải là bên thứ ba chịu trách nhiệm thanh toán hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cơ sở hoặc chương trình trong trường hợp quý vị nhận dịch vụ từ nhà cung cấp dịch vụ điều trị, chẳng hạn như chương trình trao đổi bảo hiểm sức khỏe hoặc tổ chức nghiên cứu (sau đây gọi là “tổ chức nhận”), quý vị phải nêu rõ tên của cá nhân hoặc tổ chức mà quý vị nhận dịch vụ từ nhà cung cấp dịch vụ điều trị tại tổ chức nhận đó, hoặc chỉ cần nêu rõ rằng hồ sơ về tình trạng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện của quý vị có thể được tiết lộ cho nhà cung cấp dịch vụ điều trị hiện tại và tương lai của quý vị tại tổ chức nhận đó.

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): _____

Địa Chỉ: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____ Điện Thoại: () - _____

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): _____

Địa Chỉ: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____ Điện Thoại: () - _____

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): _____

Địa Chỉ: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____ Điện Thoại: () - _____

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): _____

Địa Chỉ: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____ Điện Thoại: () - _____

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): _____

Địa Chỉ: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____ Điện Thoại: () - _____

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): _____

Địa Chỉ: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____ Điện Thoại: () - _____

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): _____

Địa Chỉ: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____ Điện Thoại: () - _____

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): _____

Địa Chỉ: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____ Điện Thoại: () - _____