

Ủy Quyền Sử Dụng và Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe



4349 Easton Way, Suite 120
Columbus, OH 43219

Notice to Member:

- Completing this form will allow Ambetter from Buckeye Health Plan to (i) use your health information for a particular purpose, and/or (ii) share your health information with the individual or entity that you identify on this form.
- You do not have to give permission to use or share your health information. Your services and benefits with Ambetter from Buckeye Health Plan will not change if you do not submit this form.
- If you want to cancel this authorization form, send us a written request to revoke it at the address on the bottom of this page. A revocation form can be provided to you by calling Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Ambetter from Buckeye Health Plan cannot promise that the person or group you allow us to share your health information with will not share it with someone else.
- Keep a copy of all completed forms that you send to us. We can send you copies if you need them.
- 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. When finished, mail the form and any supporting documentation to:
Ambetter from Buckeye Health Plan
333 E. Wetmore Rd.
Tucson, AZ 85705
Cc: Member Services

Thông Báo cho Hội Viên:

- Việc điền vào mẫu đơn này sẽ cho phép Ambetter from Buckeye Health Plan (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 Buckeye Health Plan 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 theo 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 Buckeye Health Plan 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 from Buckeye Health Plan
333 E. Wetmore Rd.
Tucson, AZ 85705
Cc: Member Services

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 from Buckeye Health Plan **SỬ DỤNG THÔNG TIN SỨC KHỎE CỦA TÔI CHO MỤC ĐÍCH ĐÃ ĐƯỢC 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 NÀY LÀ** (*chọn một phương án bên dưới*):
 cho phép Ambetter from Buckeye Health Plan giúp tôi về các quyền lợi và dịch vụ của tôi, **HOẶC**
 cho phép Ambetter from Buckeye Health Plan sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi cho _____
- 3 CÁ NHÂN HOẶC NHÓM NHẬN THÔNG TIN** (*thêm các Cá Nhân hoặc Nhóm ở trang tiếp theo*):
Tên (cá nhân hoặc nhóm): _____
Địa Chỉ: _____
Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____ Điện Thoại: (____) _____ - _____
- 4 TÔI CHO PHÉP** Ambetter from Buckeye Health Plan **SỬ DỤNG HOẶC CHIA SẺ THÔNG TIN SỨC KHỎE SAU ĐÂY** (*LƯU Ý: Chọn tùy chọn đầu tiên để tiết lộ TẤT CẢ thông tin sức khỏe hoặc chọn tùy chọn bên dưới để chỉ tiết lộ MỘT SỐ thông tin sức khỏe. KHÔNG chọn cả hai tùy chọn.*)
 Tất cả thông tin sức khỏe của tôi BAO GỒM:
Thông tin di truyền, dịch vụ hoặc kết quả xét nghiệm; dữ liệu và hồ sơ về HIV/AIDS; dữ liệu và hồ sơ về sức khỏe tâm thần (nhưng không gồm ghi chú về liệu pháp tâm lý); dữ liệu và hồ sơ về thuốc/dược phẩm theo toa; dữ liệu và hồ sơ về chất gây nghiện và rượu (vui lòng ghi rõ mọi 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 ý kiến ủy quyền này kết thúc trừ khi bị hủy. Nếu trường này được để trống, ý kiến 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 biểu mẫu 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 from Buckeye Health Plan, ATTN: MEMBER SERVICES
333 E. Wetmore Rd., 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: ()____-_____
