



FROM



Authorization to Use and Disclose Health Information

333 E. Wetmore
Tucson, AZ 85705

Notice to Member:

- Completing this form will allow Ambetter from SilverSummit Healthplan 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 SilverSummit Healthplan 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 SilverSummit Healthplan 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 SilverSummit Healthplan

ATTN: Member Services

333 E. Wetmore

Tucson, AZ 85705

Aviso al (la) afiliado(a):

- Al llenar este formulario, usted autoriza a Ambetter from SilverSummit Healthplan 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 SilverSummit Healthplan 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.
- <Health Plan> 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 from SilverSummit Healthplan

ATTN: Member Services

333 E. Wetmore

Tucson, AZ 85705

Centene Corporation – 2022



PLEASE READ THE INSTRUCTIONS CAREFULLY AND COMPLETE THE FORM BELOW. INCOMPLETE FORMS CANNOT BE ACCEPTED.

1 MEMBER INFORMATION:

Member Name (*print*): _____

Member Date of Birth: _____ Member ID Number: _____

2 I GIVE AMBETTER FROM SILVERSUMMIT HEALTHPLAN PERMISSION TO USE MY HEALTH INFORMATION FOR THE PURPOSE IDENTIFIED OR TO SHARE MY HEALTH INFORMATION WITH THE PERSON OR GROUP NAMED BELOW. THE PURPOSE OF THE AUTHORIZATION IS (check one option below):

- to allow Ambetter from SilverSummit Healthplan to help me with my benefits and services, **OR**
- to permit Ambetter from SilverSummit Healthplan to use or share my health information for

3 PERSON OR GROUP TO RECEIVE INFORMATION (add more Persons or Groups on next page):

Name (person or group): _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone: (_____) _____ - _____

4 I AUTHORIZE AMBETTER FROM SILVERSUMMIT HEALTHPLAN TO USE OR SHARE THE FOLLOWING HEALTH INFORMATION (NOTE: Select the first statement to release ALL health information or select the below statement to release only SOME health information. Both CANNOT be selected.)

- All of my health information INCLUDING:**
Genetic information, services or test results; HIV/AIDS data and records; mental health data and records (but not psychotherapy notes); prescription drug/medication data and records; and drug and alcohol data and records (please specify any substance use disorder information that may be disclosed);

OR

- All of my health information EXCEPT (check only the boxes below that apply):**
 - Genetic information, services or tests
 - AIDS or HIV data and records
 - Drug and alcohol data and records
 - Mental health data and records (but not psychotherapy notes)
 - Prescription drug/medication data and records
 - Other: _____

5 THIS AUTHORIZATION ENDS ON THIS DATE/EVENT: _____

Date this authorization ends unless cancelled. If this field is blank, the authorization expires one year from the date of the signature below.





6 MEMBER OR LEGAL REPRESENTATIVE SIGNATURE: _____

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
AMBETTER ATTN: MEMBER SERVICES
333 E. Wetmore Tucson, AZ 85705**

ADDITIONAL INDIVIDUAL PERSON(S) OR GROUP(S) TO RECEIVE INFORMATION:

NOTE: If you are consenting to disclose any substance use disorder records to a recipient that is neither a third party payor nor a health care provider, facility, or program where you receive services from a treating provider, such as a health insurance exchange or a research institution (hereafter, "recipient entity"), you must specify the name of an individual with whom or the entity at which you receive services from a treating provider at that recipient entity, or simply state that your substance use disorder records may be disclosed to your current and future treating providers at that recipient entity.

Name (individual or entity): _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone: () - _____

Name (individual or entity): _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone: () - _____

Name (individual or entity): _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone: () - _____

Name (individual or entity): _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone: () - _____

Name (individual or entity): _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone: () - _____



Name (individual or entity): _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone: () _____ - _____

Name (individual or entity): _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone: () _____ - _____

Name (individual or entity): _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone: () _____ - _____



POR FAVOR, LEA LAS INSTRUCCIONES DETENIDAMENTE Y LLENE EL FORMULARIO SIGUIENTE. LOS FORMULARIOS INCOMPLETOS NO PUEDEN ACEPTARSE.

1 INFORMACIÓN DEL (DE LA) AFILIADO(A):

Nombre del (de la) afiliado(a) *(escriba con letra de molde)*: _____

Fecha de nacimiento del (de la) afiliado(a): _____

Número de identificación del (de la) afiliado(a): _____

2 DOY A AMBETTER FROM SILVERSUMMIT HEALTHPLAN MI PERMISO PARA QUE USE MI INFORMACIÓN DE SALUD PARA LOS PROPÓSITOS IDENTIFICADOS O PARA QUE COMPARTA MI INFORMACIÓN DE SALUD CON LA PERSONA O EL GRUPO NOMBRADO ABAJO. EL PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN ES *(marque una de las opciones siguientes)*:

- permitir a Ambetter from SilverSummit Healthplan que me ayude con mis beneficios y servicios, **O**
- permitir a Ambetter from SilverSummit Healthplan que use o comparta mi información de salud para _____

3 PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN *(añada más Personas o Grupos en la página siguiente)*:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

4 AUTORIZO A AMBETTER FROM SILVERSUMMIT HEALTHPLAN A QUE USE O COMPARTA LA INFORMACIÓN DE SALUD SIGUIENTE *(NOTA: Seleccione la primera oración para permitir divulgar TODA la información de salud o seleccione la oración de abajo para permitir divulgar solamente ALGUNA de la información de salud. NO PUEDEN seleccionarse ambas.)*

- Toda mi información de salud, QUE INCLUYE:**
 Información, servicios o resultados de pruebas de genética; registros y datos de VIH/SIDA; registros y datos de salud mental (pero no las notas de psicoterapia); registros y datos de fármacos/medicamentos de venta con receta; y registros y datos de drogas y alcohol (por favor, especifique cualquier información de trastornos de consumo de sustancias que pueda darse a conocer);

O

- Toda mi información de salud, EXCEPTO *(marque solamente los recuadros siguientes que sean relevantes)*:**

- Información, servicios o pruebas de genética
- Información y registros del VIH/SIDA
- Información y registros sobre el alcoholismo y la drogadicción
- Información y registros de salud mental (pero no las notas de psicoterapia)
- Información y registros de fármacos/medicamentos de venta con receta
- Otra: _____

5 ESTA AUTORIZACIÓN TERMINA EN ESTA FECHA/EVENTO: _____

Fecha en que la autorización termina, a menos que se cancele. Si este campo se deja en blanco, la autorización vencerá en un año a partir de la fecha en que se firme este documento, abajo.



FROM



6 FIRMA DEL (DE LA) AFILIADO(A) O SU REPRESENTANTE LEGAL:

FECHA: _____

SI ES REPRESENTANTE LEGAL – Relación con el (la) afiliado(a): _____
Si es usted el (la) representante personal o legal del (de la) afiliado(a), debe enviarnos copias de los formularios correspondientes, como poder legal u orden de tutoría.

ENVÍE EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN LLENO Y TODO DOCUMENTO DE APOYO A
AMBETTER ATTN: MEMBER SERVICES
333 E. Wetmore Tucson, AZ 85705

INDIVIDUO(S) O GRUPO(S) ADICIONAL(ES) QUE RECIBIRÁ(N) LA INFORMACIÓN:

NOTA: Si está autorizando el que se dé a conocer todo registro sobre el trastorno de consumo de sustancias a un receptor que no es ni un pagador tercero ni un proveedor, centro o programa de atención de la salud del que recibe servicios de un proveedor tratante, como por ejemplo de un intercambio de seguros de salud o una institución de investigación (en lo sucesivo llamada “la entidad receptora”), debe especificar el nombre de la persona o entidad de la que recibe los servicios de un proveedor tratante en esa entidad receptora, o sencillamente declare que sus registros del trastorno de consumo de sustancias pueden darse a conocer a sus proveedores tratantes, actuales y futuros, de esa entidad receptora.

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____



FROM



Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: ()- ____