



FROM

arizona
complete health.

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 Arizona Complete Health (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 ký tên vào mẫu đơn này hoặc cho phép sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của mình. Các dịch vụ và quyền lợi của quý vị với Ambetter sẽ không thay đổi nếu quý vị không ký tên vào mẫu đơn này.
- Quyền hủy bỏ (thu hồi): Mẫu đơn ủy quyền/chấp thuận này có thể được thu hồi bất cứ lúc nào trừ trường hợp Ambetter hoặc bên khác nắm giữ thông tin sức khỏe của quý vị một cách hợp pháp và được phép chia sẻ thông tin này đã thực hiện hành động dựa trên thông tin đó. Nếu quý vị muốn hủy Mẫu Đơn Ủy Quyền này, hãy điền thông tin vào Mẫu Đơn Thu Hồi ở trang cuối và gửi mẫu đơn này qua đường bưu điện đến địa chỉ ở cuối trang.
- Ambetter không thể đảm bảo rằng người 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.
- Điền tất cả thông tin trên mẫu đơn này. Sau khi hoàn thành, hãy gửi mẫu đơn này qua đường bưu điện đến địa chỉ ở cuối trang đầu.

THÔNG TIN HỘI VIÊN:

Tên Hội Viên (viết in hoa): _____

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

Tôi cho phép Ambetter dùng thông tin sức khỏe của tôi cho mục đích đã xác định hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi với người hoặc nhóm có tên dưới đây. Mục đích của việc ủy quyền là:

- cho phép (tổ chức) giúp tôi về các quyền lợi và dịch vụ của mình, hoặc
- cho phép (tổ chức) sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi cho _____

NGƯỜI HOẶC NHÓM ĐƯỢC NHẬN THÔNG TIN (thêm Người hoặc Nhóm khác ở trang 2):

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): _____

Địa Chỉ: _____

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

TÔI ỦY QUYỀN CHO Ambetter SỬ DỤNG HOẶC CHIA SẺ THÔNG TIN SỨC KHỎE DƯỚI ĐÂY:

- 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 (chọn tất cả các ô phù hợp):**

- 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: _____

Ngày Kết Thúc Ủy Quyền: ____ / ____ / ____ (ngày mà sự ủy quyền này kết thúc nếu không bị hủy)

CHỮ KÝ CỦA HỘI VIÊN: _____ Ngày: ____ / ____ / ____

(Hội Viên hoặc Người Đại Diện Hợp Pháp Ký Tên Tại Đây)

Gửi Đến: Ambetter from Arizona Complete Health, 1850 W Rio Salado Suite 211, Tempe, AZ 85281
Điện Thoại: 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180)



FROM

arizona
complete health.

Nếu quý vị ký tên thay mặt Hội Viên, hãy mô tả mối quan hệ của quý vị trong phần dưới đây. Nếu quý vị là người đại diện cá nhân của Hội Viên, hãy nêu rõ điều này trong phần dưới đây và gửi cho chúng tôi bản sao của các mẫu đơn liên quan (chẳng hạn như giấy ủy quyền hoặc giấy chứng nhận giám hộ).

(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 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 điều trị tại tổ chức nhận đó, hoặc chỉ cần nêu rõ rằng hồ sơ về tình trạng rối loạn sử dụng chất gây nghiện của quý vị có thể được tiết lộ cho các 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: (____) ____ - _____

Gửi Đến: Ambetter from Arizona Complete Health, 1850 W Rio Salado Suite 211, Tempe, AZ 85281
Điện Thoại: 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180)



FROM

arizona
complete health.

Thu Hồi Ủy Quyền Sử Dụng và/hoặc Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe

Tôi muốn hủy hoặc thu hồi việc cho phép Ambetter dùng thông tin sức khỏe của tôi cho mục đích cụ thể hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi với cá nhân hoặc nhóm:

CÁ NHÂN HOẶC NHÓM ĐÃ NHẬN THÔNG TIN:

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): _____

Địa Chỉ: _____

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

Ngày Ký Giấy Ủy Quyền (nếu biết): ____ / ____ / ____

THÔNG TIN HỘI VIÊN:

Tên Hội Viên (viết in hoa): _____

Ngày Sinh của Hội Viên: ____ / ____ / ____ Số ID Medicaid của Hội Viên: _____

Tôi hiểu rằng thông tin sức khỏe của tôi (bao gồm hồ sơ về tình trạng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện, nếu có) có thể đã được sử dụng hoặc chia sẻ vì tôi đã cho phép điều đó. Tôi cũng hiểu rằng việc hủy bỏ này chỉ áp dụng cho việc tôi cho phép dùng thông tin sức khỏe của tôi cho mục đích cụ thể hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi với cá nhân hoặc nhóm nêu trên. Việc này sẽ không hủy bỏ bất kỳ mẫu đơn ủy quyền nào khác mà tôi đã ký tên để cho phép sử dụng thông tin sức khỏe của tôi cho mục đích khác hoặc chia sẻ với cá nhân hoặc nhóm khác.

Chữ Ký của Hội Viên: _____ Ngày: ____ / ____ / ____
(Hội Viên hoặc Người Đại Diện Hợp Pháp Ký Tên Tại Đây)

Nếu quý vị ký tên thay mặt Hội Viên, hãy mô tả mối quan hệ của quý vị trong phần dưới đây. Nếu quý vị là người đại diện cá nhân của Hội Viên, hãy nêu rõ điều này trong phần dưới đây và gửi cho chúng tôi bản sao của các mẫu đơn liên quan (chẳng hạn như giấy ủy quyền hoặc giấy chứng nhận giám hộ).

Ambetter sẽ ngừng sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị khi chúng tôi nhận được và xử lý mẫu đơn này. Hãy sử dụng địa chỉ gửi thư dưới đây. Quý vị cũng có thể gọi đến số điện thoại dưới đây để được trợ giúp.

Ambetter from Arizona Complete Health
1850 W Rio Salado, Suite 211
Tempe, AZ 85281
Điện Thoại: 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392)

Gửi Đến: Ambetter from Arizona Complete Health, 1850 W Rio Salado Suite 211, Tempe, AZ 85281
Điện Thoại: 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180)