


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

Để được hỗ trợ hoàn thành biểu mẫu này, vui lòng xem Thông Báo trên trang 2 hoặc gọi tới bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của chương trình của quý vị.

LOGO CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE	Tên CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE	DỊCH VỤ HỘI VIÊN
	Ambetter from Absolute Total Care (Thị trường)	1-833-270-5443 (TTY: 711)

1

THÔNG TIN HỘI VIÊN:

Tên Hội Viên (viết in hoa): _____

Địa Chỉ: _____

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

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

2

TÔI CHO PHÉP AMBETTER FROM ABSOLUTE TOTAL CARE 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 (đánh dấu vào một lựa chọn bên dưới):

- cho phép Ambetter from Absolute Total Care giúp tôi về các quyền lợi và dịch vụ mà tôi được hưởng **HOẶC**
 cho phép Ambetter from Absolute Total Care sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi cho _____

3

CÁ NHÂN HOẶC NHÓM NNẬN THÔNG TIN:

Tên (cá nhân hoặc nhóm): _____

Địa Chỉ: _____

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

4

TÔI ỦY QUYỀN CHO AMBETTER FROM ABSOLUTE TOTAL CARE SỬ DỤNG HOẶC CHIA SẺ THÔNG TIN SỨC KHỎE DƯỚI ĐÂY (LƯU Ý: Chọn lựa chọn đầu tiên để cho phép **TẤT CẢ thông tin sức khỏe hoặc chọn lựa chọn thứ hai để chỉ cho phép **MỘT SỐ** thông tin sức khỏe.)**

Chỉ chọn một ô bên dưới. KHÔNG ĐƯỢC chọn cả hai lựa 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 bao gồm ghi chú về liệu pháp tâm lý); dữ liệu và hồ sơ về thuốc/được phẩm kê toa; và 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 di truyền, dịch vụ hoặc xét nghiệm
 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/được phẩm kê toa
 Khác: _____

5

BIỂU MẪU ỦY QUYỀN NÀY SẼ HẾT HIỆU LỰC VÀO NGÀY/KHI DIỄN RA SỰ KIỆN NÀY: _____

Ngày hết hạn biểu mẫu ủy quyền này, trừ khi đã bị hủy. Nếu trường này được để trống, biểu mẫu 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 - Mối 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 lệnh giám hộ.

**GỬI BIỂU MẪU ỦY QUYỀN HOÀN CHỈNH VÀ MỌI TÀI LIỆU HỖ TRỢ QUA ĐƯỜNG BƯU ĐIỆN TỚI
Ambetter, ATTN: Member Services
333 E. Wetmore Rd., Tucson, AZ 85705**

Ủy Quyền Sử Dụng và Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe

Thông Báo tới Hội Viên:

- Điền tất cả thông tin vào biểu mẫu. Khi hoàn tất, hãy gửi biểu mẫu và mọi tài liệu hỗ trợ qua đường bưu điện tới:

Ambetter

ATTN: Compliance Department

333 E. Wetmore Rd.

Tucson, AZ 85705

Để được hỗ trợ hoàn thành biểu mẫu này, vui lòng gọi tới bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của chương trình của quý vị được liệt kê bên dưới.

LOGO CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE	Tên CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE	DỊCH VỤ HỘI VIÊN
	Ambetter from Absolute Total Care (Thị trường)	1-833-270-5443 (TTY: 711)

- Việc hoàn thành biểu mẫu này sẽ cho phép Ambetter from Absolute Total Care (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 biểu mẫu này.
- Quý vị không bắt buộc phải cho phép sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của mình. Việc điều trị, thanh toán, ghi danh hoặc hội đủ điều kiện được nhận dịch vụ của quý vị với Ambetter from Absolute Total Care sẽ không thay đổi nếu quý vị không gửi biểu mẫu này. Nếu quý vị muốn hủy biểu mẫu ủy quyền này, hãy gửi cho chúng tôi yêu cầu bằng văn bản thu hồi biểu mẫu đến địa chỉ ở cuối trang này. Quý vị có thể nhận biểu mẫu thu hồi bằng cách gọi tới bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của chương trình của quý vị theo số điện thoại được liệt kê ở trên hoặc ở mặt sau thẻ ID hội viên của quý vị.
- Nếu quý vị muốn hủy biểu mẫu ủy quyền này, hãy gửi cho chúng tôi yêu cầu bằng văn bản thu hồi biểu mẫu đến địa chỉ ở cuối trang này, ngoại trừ trong các trường hợp khi: (a) Công Ty đã có hành động ngay lập tức dựa trên cơ sở đó; (b) biểu mẫu ủy quyền được nhận như một điều kiện để được nhận bảo hiểm và luật khác quy định rằng công ty bảo hiểm có quyền từ chối một yêu cầu bảo hiểm theo chính sách hoặc chính bản thân hợp đồng. Quý vị có thể nhận biểu mẫu thu hồi bằng cách gọi tới bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của chương trình của quý vị theo số điện thoại được liệt kê ở trên hoặc ở mặt sau thẻ ID hội viên của quý vị.
- Ambetter from Absolute Total Care không thể đảm bảo rằng cá nhân hoặc nhóm mà 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 và những thông tin đó sẽ không còn được bảo vệ theo Quy Định 45 C.F.R. Phần 164.
- 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, cũng như không phải là 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.
- Hãy giữ lại bản sao của tất cả các biểu mẫu đã hoàn thành mà quý vị gửi cho chúng tôi. Chúng tôi có thể gửi cho quý vị bản sao nếu quý vị cần. Quý vị có thể yêu cầu nhận các bản sao này bằng cách gọi tới bộ phận Dịch Vụ Hội Viên của chương trình của quý vị theo số điện thoại ở trên hoặc ở mặt sau thẻ ID hội viên của quý vị.
- Nếu quý vị cần trợ giúp, hãy liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại được liệt kê ở trên hoặc ở mặt sau thẻ ID hội viên của quý vị.