



Thu hồi Cho phép Tiết lộ Thông tin về Sức khỏe

Tôi muốn hủy bỏ cho phép chia sẻ thông tin sức khỏe của mình với người hoặc nhóm sau đây:

Thông tin Người nhận:

Tên (người/nhóm): _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Zip: _____ Số điện thoại: (____) _____ - _____

Cho phép Ban đầu Được Ký Ngày (nếu biết): _____ / _____ / _____

Thông tin Hội viên:

Tên Hội viên (bằng chữ in hoa): _____

Ngày sinh của Hội viên: _____ / _____ / _____

Số ID Hội viên#: _____

Tôi biết rằng thông tin sức khỏe của tôi có thể đã được chia sẻ do tôi đã cho phép trước đó. Tôi cũng hiểu rằng việc hủy bỏ này của tôi chỉ áp dụng với cho phép chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi với người hoặc nhóm này. Yêu cầu này không hủy bỏ bất kỳ biểu mẫu cho phép nào khác mà tôi đã ký để chia sẻ thông tin sức khỏe với người hoặc nhóm khác.

Chữ ký của Hội viên: _____ Ngày: _____ / _____ / _____
(Hội viên hoặc Đại diện Hợp pháp Ký tên Tại đây)

Nếu quý vị ký tên thay cho Hội viên, hãy mô tả mối quan hệ của quý vị bên dưới. Nếu quý vị là đại diện cá nhân của Hội viên, hãy mô tả điều này bên dưới và gửi cho chúng tôi bản sao của các biểu mẫu đó (chẳng hạn như giấy ủy quyền hoặc lệnh giám hộ).

Chương trình sẽ ngừng chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị khi chúng tôi nhận được biểu mẫu này. Quý vị có thể gửi thư hoặc fax mẫu này cho chúng tôi. Quý vị cũng có thể gọi cho Dịch vụ Hội viên để được trợ giúp theo số 1-877-687-1197 (TTY: 711)

Gửi thư đến:
Ambetter from Coordinated Care, Attn: Compliance Department
1145 Broadway, Suite 700, Tacoma, WA 98402

Fax: 1-877-644-4602 | Dịch vụ Hội viên 1-877-687-1197 (TTY: 711)