



P.O. Box 459089
Fort Lauderdale, FL 33345-9089

Autorización para utilizar y divulgar información médica

Notice to Member:

- Completing this form will allow Ambetter Health 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 Health 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 Health 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 Health
ATTN: Compliance Department
P.O. Box 459089
Fort Lauderdale, FL 33345-9089

Aviso al (la) afiliado(a):

- Al llenar este formulario, usted autoriza a Ambetter Health 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 Health 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.

- Ambetter Health 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 Health

ATTN: Compliance Department

P.O. Box 459089

Fort Lauderdale, FL 33345-9089

Centene Corporation - 2019

AMB_3089

LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES Y COMPLETE EL SIGUIENTE FORMULARIO. NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS.

1 INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

Nombre del miembro (escrito): _____

Fecha de nacimiento del miembro: ____ Número de identificación de miembro: _____

2 LE DOY PERMISO A AMBETTER HEALTH PARA USAR MI INFORMACIÓN MÉDICA CON EL PROPÓSITO IDENTIFICADO O PARA COMPARTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA CON LA PERSONA O GRUPO QUE SE MENCIONA A CONTINUACIÓN. EL PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN ES (marque una opción a continuación):

- permitir que Ambetter Health me ayude con mis beneficios y servicios, **O**
- permitir que Ambetter Health use o comparta mi información médica para _____

3 PPERSOA O GRUPO PARA RECIBIR INFORMACIÓN (agregue más personas o grupos en la página siguiente):

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

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

4 AUTORIZO A AMBETTER HEALTH A USAR O COMPARTIR LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE SALUD

INFORMACIÓN (NOTA: seleccione la primera declaración para divulgar TODA la información de salud o seleccione la declaración a continuación para divulgar solo parte de la información de salud. NO se pueden seleccionar ambos).

Toda mi información médica, INCLUIDA:

Información genética, servicios o resultados de pruebas; datos y registros de VIH/SIDA; datos y registros de salud mental (pero no notas de psicoterapia); datos y registros de medicamentos prescritos/medicamentos; y datos y registros de drogas y alcohol (especifique cualquier información sobre trastornos por uso de sustancias que pueda divulgarse);

O

Toda mi información médica EXCEPTO (marque solo las casillas a continuación que correspondan):

- Información, servicios o pruebas genéticas
- Datos y registros sobre el SIDA o el VIH
- Datos y registros de drogas y alcohol
- Datos y registros de salud mental (pero no notas de psicoterapia)
- Datos y registros de medicamentos prescritos
- Otro: _____

5 ESTA AUTORIZACIÓN FINALIZA EN ESTA FECHA/EVENTO: _____

Fecha en que finaliza esta autorización a menos que se cancele. Si este campo está en blanco, la autorización vence en un año a partir de la fecha de la siguiente firma.

6 FIRMA DEL MIEMBRO O REPRESENTANTE LEGAL: _____

FECHA: _____

SI ES EL REPRESENTANTE LEGAL - Relación con el miembro: _____

Si usted es el representante legal o personal del miembro debe enviarnos copias de los formularios

pertinentes., como poder notarial u orden de tutela.

ENVÍE POR CORREO EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN COMPLETO Y CUALQUIER DOCUMENTACIÓN
DE RESPALDO A
Ambetter Health, A LA ATENCIÓN DE: DEPARTAMENTO DE CUMPLIMIENTO
P.O. Box 459089 Fort Lauderdale, FL 33345-9089

PERSONA(S) O GRUPO(S) ADICIONAL(ES) PARA RECIBIR INFORMACIÓN:

NOTA: si está dando su consentimiento para divulgar cualquier expediente de trastorno por consumo de sustancias a un receptor que no es ni un tercero pagador ni un proveedor, centro o programa de atención médica donde usted recibe servicios de un proveedor tratante, como un mercado de seguros de salud o una institución de investigación (en lo sucesivo, "entidad receptora"), debe especificar el nombre de una persona/entidad en la cual usted recibe servicios de un proveedor tratante en esa entidad receptora, o simplemente indicar que sus expedientes de trastorno por consumo de sustancias pueden divulgarse a sus proveedores tratantes actuales y futuros en esa entidad receptora.

Nombre (persona física o jurídica):

Dirección:

Ciudad:

Estado:



Código postal:

Telf.: ()

Nombre (persona física o jurídica):

Dirección:

Ciudad:

Estado:



Código postal:

Telf.: ()

Nombre (persona física o jurídica):

Dirección:

Ciudad:

Estado:



Código postal:

Telf.: ()

Nombre (persona física o jurídica):

Dirección:

Ciudad:

Estado:



Código postal:

Telf.: ()

Nombre (persona física o jurídica):

Dirección:

Ciudad:

Estado:



Código postal:

Telf.: ()

Nombre (persona física o jurídica):

Dirección:

Ciudad:

Estado:



Código postal:

Telf.: ()

Nombre (persona física o jurídica):

Dirección:

Ciudad:

Estado:



Código postal:

Telf.: ()

Nombre (persona física o jurídica):

1-877-687-1169

(Relé de Florida 1-800-955-8770)

AmbetterHealth.com

AMB_8852

Dirección:

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____ Telf.: () _____

AMB19-FL-C-00332

1-877-687-1169
(Relé de Florida 1-800-955-8770)

AmbetterHealth.com
AMB_8852



P.O. Box 459089
Fort Lauderdale, FL 33345-9089

English: If you, or someone you're helping, have questions about Ambetter Health, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you're helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).

Spanish: Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter Health y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).

Frenche Creole: Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen kesyon sou Ambetter Health, epi nou pa mètrize Anglè, nou gen dwa pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang nou gratis epi nan moman ki apwopriye a. Si ou menm, oswa yon moun w ap ede, gen yon pwoblèm pou tande ak/oswa yon pwoblèm pou wè ki pètibe komunikasyon nou, nou gen dwa pou resevwa asistans ak sèvis oksilyè gratis epi nan moman ki apwopriye a. Pou resevwa sèvis tradiksyon oswa sèvis oksilyè yo, tanpri kontakte Sèvis Manm yo nan 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).

Vietnamese: Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter Health và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền được trợ giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí và kịp thời. Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ mắc bệnh về thính giác và/hoặc thị giác gây cản trở giao tiếp, quý vị có quyền được nhận các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ thông dịch hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).

Portuguese: Se tiver dúvidas acerca da Ambetter Health, ou estiver a ajudar uma pessoa com dúvidas acerca desta, e não dominar o inglês, tem o direito de obter ajuda e informações no seu idioma sem qualquer custo e de forma atempada. Se tiver uma condição visual e/ou auditiva que dificulte a comunicação ou estiver a ajudar uma pessoa com uma condição deste tipo, tem o direito de receber equipamentos ou serviços de assistência sem qualquer custo e de forma atempada. Para receber traduções ou serviços de assistência, contacte serviços de membro através do número 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).

Chinese: 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter Health 方面的問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲幫助和訊息。如果您，或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770)。

French: Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter Health et que vous ne maîtrisez pas l'anglais, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aide et d'informations dans votre langue. Si vous-même ou une personne que vous aidez souffrez d'un trouble auditif ou visuel qui entrave la communication, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aides et de services auxiliaires. Pour profiter de services de traduction ou de services auxiliaires, veuillez contacter Services aux membres au 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).

Tagalog: Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter Health, at hindi ka mahusay sa Ingles, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos at sa maagap na paraan. Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may kondisyon sa pandinig at/o pannikin na nakakaapekto sa komunikasyon, may karapatan kang makatanggap ng mga karagdagang tulong at serbisyo nang walang gastos at sa maagap na paraan. Para makatanggap ng mga serbisyo sa pagsasalin o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).

Russian: Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter Health, при этом вы недостаточно хорошо владеете английским языком, вы имеете право на бесплатную и своевременную помощь и информацию на своем родном языке. Если у вас или у лица, которому вы помогаете, наблюдается какое-либо нарушение слуха и/или зрения, которое препятствует коммуникации, вы имеете право на бесплатные и своевременные вспомогательные услуги и помощь. Для получения услуг перевода или вспомогательных услуг обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).

Arabic: إذا كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة حول Ambetter Health، ولم تكن بارعاً باللغة الإنجليزية، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو أي شخص تساعدك تعاني من حالة سمعية وأو بصرية تعيق التواصل، فلديك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. تلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770)

Italian: Se Lei o una persona a cui sta fornendo assistenza ha domande su Ambetter Health e non ha una perfetta padronanza della lingua inglese, ha il diritto di ricevere aiuto e informazioni nella Sua lingua gratuitamente e tempestivamente. Se Lei o una persona a cui sta fornendo assistenza presenta una condizione uditiva e/o visiva che impedisce la comunicazione, ha il diritto di ricevere servizi ausiliari gratuitamente e tempestivamente. Per ricevere una traduzione o un servizio ausiliario, contatti i Servizi per i membri al numero 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).

German: Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter Health hat und nicht Englisch spricht, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, eine Hör- und/oder Sehbeeinträchtigung hat, die die Kommunikation beeinflusst, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah zusätzliche Hilfe und Dienstleistungen zu erhalten. Um eine Übersetzung oder zusätzliche Dienstleistungen zu erhalten, wenden Sie sich an den Kundendienst unter 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).

Korean: 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter Health에 대한 질문이 있는 경우 영어에 능숙하지 않으시면 해당 언어로 시의적절하게 무료 지원과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 청각 및/또는 시각적으로 의사소통에 장애가 있는 경우 시의적절하게 무료 보조 도구 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 번역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770)번으로 가입자 서비스부에 연락해주시십시오.

Polish: Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania dotyczące Ambetter Health, ale nie posługujecie się biegły językiem angielskim, macie prawo do uzyskania pomocy i informacji w swoim języku bez dodatkowych kosztów i w odpowiednim czasie. Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie problemy ze słuchem i/lub wzrokiem, które utrudniają komunikację, macie prawo do otrzymania pomocy i usług pomocniczych bez dodatkowych kosztów i w odpowiednim czasie. Aby uzyskać tłumaczenie lub usługi pomocnicze, należy skontaktować się z Usługi członkowskie pod numerem 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770).

Gujarati: જો તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિને Ambetter Health વિશે પ્રશ્નો હોય અને અંગેજ્માં પ્રવીણા ન હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યું વિના અને સમયસર તમારી ભાષામાં મદદ તથા માહિતી મેળવવાનો અધિકાર છે. જો તમે અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હો એવી કોઈ વ્યક્તિ શ્રવણશક્તિ અને/અથવા દૃષ્ટિવિષયક અવસ્થાથી પીડિત હોય કે જે સંચારને અવરોધતી હોય, તો તમને કોઈ ખર્ચ કર્યું વિના અને સમયસર સહાયક સહાય તથા સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. અનુવાદ અથવા સહાયક સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે, ફૂપા કરીને 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770) પર સભ્યની સેવાઓનો સંપર્ક કરો.

Thai: หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Ambetter Health และไม่ชำนาญในการใช้ภาษาอังกฤษ คุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันท่วงที่หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีภาวะด้านการฟังและ/หรือการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร คุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและบริการเสริมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันท่วงที่ หากต้องการบริการด้านการแปลหรือบริการเสริม โปรดติดต่อ บริการสำหรับสมาชิก ที่หมายเลข 1-877-687-1169 (Relay Florida 1-800-955-8770)

AMB24-FL-C-00014-EPO-HMO

Ambetter Health está suscrito por Celtic Insurance Company, Centene Venture Company Florida y Sunshine State Health Plan, Inc. Centene Venture Company Florida y Sunshine State Health Plan, Inc son emisores calificados de planes de salud en el Mercado de Seguros de salud de Florida. Celtic Insurance Company es un emisor de planes de salud en el mercado de Florida. Esta es una solicitud de seguro. © 2024 Celtic Insurance Company, Centene Venture Company Florida y Sunshine State Health Plan, Inc., AmbetterHealth.com. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas sobre Ambetter Health, y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene una condición auditiva o visual que impide la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo y de manera oportuna. Para recibir servicios de traducción o auxiliares, comuníquese con los Servicios al Miembro a través del 1-877-687-1169 (Relé de Florida 1-800-955-8770). Para obtener más información sobre su derecho a recibir un plan de Ambetter Health libre de discriminación, o su derecho a recibir servicios de asistencia lingüística, auditiva o visual, visite AmbetterHealth.com y desplácese hasta el final de la página.

1-877-687-1169
(Relé de Florida 1-800-955-8770)

AmbetterHealth.com
AMB_8852