Ủy Quyền Sử Dụng và Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe

Notice to Member:

- Completing this form will allow Superior 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 Superior 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 Superior.
- Superior 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 or if you have questions about this form, please call Superior.
- Fill in all the information on this form. When finished, mail or fax the form and any supporting documentation to:

  Superior HealthPlan, ATTN: Compliance Department

  5900 E. Ben White Blvd., Austin, TX 78741

  Fax: 1-833-205-1935

  If you prefer to submit the form online, you can submit using the electronic form on our website. Please visit: SuperiorHealthPlan.com/AuthToDisclose.

Thông Báo cho Hội Viên:

- Việc điền vào mẫu đơn này sẽ cho phép Superior HealthPlan (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 cho phép sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của mình. Các dịch vụ và quyền lợi của quý vị với Superior sẽ không thay đổi nếu quý vị không gửi mẫu đơn này.
- Nếu quý vị muốn hủy mẫu đơn ủy quyền này, hãy gửi cho chúng tôi văn bản yêu cầu thu hồi mẫu đơn theo địa chỉ ở cuối trang này. Quý vị có thể nhận được mẫu đơn thu hồi bằng cách gọi đến Superior.
- Superior không thể đảm bảo rằng cá nhân 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.
- Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc có thắc mắc về mẫu đơn này, vui lòng gọi cho Superior.
- Điền tất cả thông tin trên mẫu đơn này. Khi hoàn tất, hãy gửi qua đường bưu điện hoặc gửi fax mẫu đơn này và bất kỳ tài liệu hỗ trợ nào đến:

  Superior HealthPlan, ATTN: Compliance Department

  5900 E. Ben White Blvd., Austin, TX 78741

  Fax: 1-833-205-1935

  Nếu quý vị muốn nộp mẫu đơn trực tuyến, quý vị có thể nộp bằng mẫu đơn điện tử trên trang web của chúng tôi. Vui lòng truy cập: SuperiorHealthPlan.com/AuthToDisclose.

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 SUPERIOR HEALTHPLAN PERMISSION TO USE MY HEALTH INFORMATION FOR THE PURPOSES IDENTIFIED OR TO SHARE MY HEALTH INFORMATION WITH THE PERSON OR GROUP NAMED BELOW. THE PURPOSE OF THE AUTHORIZATION IS EITHER:

- to allow Superior to help me with my benefits and services; **OR**
- to permit Superior to use or share my health information.

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 SUPERIOR 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 all 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

SUPERIOR HEALTHPLAN, ATTN: COMPLIANCE DEPARTMENT

5900 E. BEN WHITE BLVD., AUSTIN, TX 78741

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: ( ) -

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

1 THÔNG TIN HỘI VIÊN:

Tên Hội Viên *(viết in hoa)*: _____

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

2 TÔI CHO PHÉP SUPERIOR HEALTHPLAN 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 NÀY LÀ:

- cho phép Superior giúp tôi về các quyền lợi và dịch vụ của mình; **HOẶC**
- cho phép Superior sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi.

3 CÁ NHÂN HOẶC NHÓM NHẬN THÔNG TIN *(thêm các cá nhân hoặc nhóm ở trang tiếp theo)*:

Tên (cá nhân hoặc nhóm): _____

Địa Chỉ: _____

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

4 TÔI CHO PHÉP SUPERIOR SỬ DỤNG HOẶC CHIA SẺ THÔNG TIN SỨC KHỎE SAU ĐÂY *(LƯU Ý: Chọn tùy chọn đầu tiên để tiết lộ TẤT CẢ thông tin sức khỏe hoặc chọn tùy chọn bên dưới để chỉ tiết lộ MỘT SỐ thông tin sức khỏe. **KHÔNG ĐƯỢC chọn cả hai tùy 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 gồm ghi chú về liệu pháp tâm lý); dữ liệu và hồ sơ về thuốc/dược phẩm theo toa; 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 bên dưới)*:

- ☐ 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: _____

5 GIẤY ỦY QUYỀN NÀY HẾT HIỆU LỰC VÀO NGÀY NÀY/KHI DIỄN RA SỰ KIỆN: _____

Ngày mà giấy ủy quyền này hết hiệu lực trừ khi bị hủy. Nếu trường này được để trống, giấy ủy quyền sẽ hết hiệu lực trong vòng một năm kể từ ngày ký 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 giấy chứng nhận giám hộ.*

GỬI MẪU ĐƠN ỦY QUYỀN HOÀN CHỈNH VÀ MỌI TÀI LIỆU HỖ TRỢ QUA ĐƯỜNG BƯU ĐIỆN ĐẾN

SUPERIOR HEALTHPLAN, ATTN: COMPLIANCE DEPARTMENT

5900 E. BEN WHITE BLVD., AUSTIN, TX 78741

(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 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.

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: ( ) -