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 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 xác định 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 Ambetter Health 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 văn bản yêu cầu thu hồi biểu mẫu theo địa chỉ ở cuối trang này. Quý vị có thể nhận biểu mẫu thu hồi bằng cách gọi cho bộ phận Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở mặt sau thẻ ID hội viên của quý vị.
- Ambetter Health không thể đảm bảo rằng người 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.
- 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, hãy liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Hội Viên theo số điện thoại ở mặt sau thẻ ID hội viên của quý vị.
- Điền tất cả thông tin trên biểu mẫu này. Khi hoàn tất, hãy gửi biểu mẫu này và bất kỳ tài liệu hỗ trợ nào đến địa chỉ

Ambetter Health
1850 W. Rio Salado Pkwy., Suite 211
Tempe, AZ 85281
Cc: Member Services

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
1850 W. Rio Salado Pkwy., Suite 211
Tempe, AZ 85281
Cc: Member Services

BHP_7675715_VIE_C
7781192_MO6CMPFRMMLT_M
©Centene Corporation 2026

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

1 **THÔNG TIN VỀ HỘI VIÊN:**

Tên Hội Viên (viết in hoa): _____

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

2 **TÔI CHO PHÉP Ambetter Health SỬ DỤNG THÔNG TIN SỨC KHỎE CỦA TÔI CHO MỤC ĐÍCH ĐÃ ĐƯỢC 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 NÀY LÀ** (*chọn một phương án bên dưới*):

□ cho phép Ambetter Health giúp tôi về các quyền lợi và dịch vụ của mình, HOẶC
□ cho phép Ambetter Health sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi cho

3 **CÁ NHÂN HOẶC NHÓM NHẬN THÔNG TIN** (*thêm các Cá Nhân hoặc Nhóm khác trên trang tiếp theo*):

Tên (cá nhân hoặc nhóm): _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____ Điện thoại: (_____) _____

4 **TÔI ỦY QUYỀN CHO Ambetter Health SỬ DỤNG HOẶC CHIA SẺ NHỮNG THÔNG TIN SAU** (*LƯU Ý: Chọn tuyên bố đầu tiên để tiết lộ TẤT CẢ thông tin sức khỏe hoặc chọn tuyên bố 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, các dịch vụ hoặc kết quả xét nghiệm di truyền; dữ liệu và hồ sơ về tình trạng mắc HIV/ADS; dữ liệu và hồ sơ sức khỏe tâm thần (nhưng không gồm ghi chú trị liệu của riêng bác sĩ); dữ liệu và hồ sơ về thuốc kê toa/thuốc; và dữ liệu và hồ sơ về tình trạng sử dụng chất kích thích và rượu (vui lòng ghi rõ mọi thông tin về rối loạn do sử dụng dược chất có thể được tiết lộ)

HOẶC

□ **Tất cả thông tin sức khỏe của tôi NGOẠI TRỪ** (*chỉ đánh dấu các ô tương ứng bên dưới*):
□ Thông tin, dịch vụ hoặc xét nghiệm di truyền
□ Dữ liệu và hồ sơ về tình trạng mắc AIDS hoặc HIV
□ Dữ liệu và hồ sơ về tình trạng sử dụng chất kích thích và rượu
□ Dữ liệu và hồ sơ sức khỏe tâm thần (nhưng không gồm ghi chú trị liệu của riêng bác sĩ)
□ Dữ liệu và hồ sơ về thuốc kê toa/thuốc
□ Khác: _____

5 **ỦY QUYỀN NÀY HẾT HIỆU LỰC VÀO NGÀY/KHI XẢY RA SỰ KIỆN SAU ĐÂY:** _____
Ngày ủy quyền này hết hiệu lực trừ khi bị hủy trước đó. 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 lệnh về quyền giám hộ.*

GỬI BIỂU MẪU ỦY QUYỀN VÀ MỌI GIẤY TỜ HỖ TRỢ QUA ĐƯỜNG BƯU ĐIỆN TỚI
Ambetter Health, ATTN: MEMBER SERVICES
1850 W. Rio Salado Pkwy., Suite 211 Tempe, AZ 85281

(NHỮNG) CÁ NHÂN HOẶC NHÓM KHÁC 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: (_____) _____

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____ Điện thoại: (_____) _____