

GIẤY ỦY QUYỀN ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Phần I của giấy ủy quyền này cho phép L.A. Care dùng hoặc tiết lộ Thông tin sức khỏe được bảo vệ (Protected Health Information, "PHI") của quý vị với người khác. Phần II của giấy ủy quyền này cho phép quý vị chỉ định người khác hành động hay làm công việc thay cho quý vị. Xin quý vị vui lòng điền giấy này và gửi trở về địa chỉ ở trên.

PHẦN I

MỤC A: THÔNG TIN VỀ HỘI VIÊN

Tên hội viên:		
Địa chỉ của hội viên:		
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã số bưu điện:
Ngày sinh:		
Số ID của hội viên:		
Điện thoại:		

MỤC B: ỦY QUYỀN CHO PHÉP SỬ DỤNG/TIẾT LỘ PHI

Khi điền vào Mục B, tôi cho phép L.A. Care và các tổ chức chi nhánh sử dụng hoặc tiết lộ PHI của tôi cho người hoặc cơ quan dưới đây. Tôi biết là sự ủy quyền của tôi sẽ có hiệu lực khi tôi ký tên và gửi trở lại giấy này.

Tên:

Tên của cơ quan (nếu có):

Địa chỉ:

Thành phố/Tiểu bang/Mã số bưu điện:

Ngày sinh:

Điện thoại:



MỤC C: LOẠI THÔNG TIN

Khi điền vào Mục C, tôi cho L.A. Care và các tổ chức chi nhánh biết loại PHI nào của tôi họ có thể sử dụng hoặc tiết lộ cho người/cơ quan được nêu ở Mục B. (Xin chọn tất cả những điều thích hợp.)

Thông tin y tế (thí dụ, Yêu cầu được chương trình chấp thuận, Hồ sơ quản lý sự chăm sóc sức khỏe, v.v.)

Thông tin về các yêu cầu thanh toán (thí dụ, Hồ sơ yêu cầu thanh toán của nhà thuốc, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ, v.v.)

Thông tin tài chánh (thí dụ, thông tin về việc trả lệ phí bảo hiểm hàng tháng, v.v.)

Thông tin ghi danh (thí dụ, đơn ghi danh, ngày tháng ghi danh, v.v.)

Kết quả xét nghiệm HIV

Thông tin về việc điều trị sức khỏe tâm thần

Thông tin về việc điều trị chứng nghiện rượu/cần sa ma túy

Thông tin khác (xin ghi rõ):

MỤC D: MỤC ĐÍCH

Vui lòng giải thích mục đích hoặc lý do tiết lộ hoặc sử dụng PHI

Pháp luật

Bảo hiểm

Sử dụng riêng cá nhân

Thông tin khác (xin ghi rõ):

MỤC E: NGÀY HẾT HẠN

Khi điền vào Mục E, tôi cho L.A. Care biết khi nào PHI của tôi không còn được sử dụng hoặc tiết lộ cho người khác. (*Chọn một*).

- Sau một năm tính từ ngày hôm nay.
- Sau khi tôi rút tên ra hoặc không còn được bảo hiểm qua L.A. Care
- Kể từ ngày này (tháng, ngày, năm):

MỤC F: QUYỀN THU HỒI SỰ ỦY QUYỀN

Quý vị có thể chấm dứt sự ủy quyền này bất cứ lúc nào. Để thực hiện điều này, xin quý vị gửi thư về:

Member Services

L.A. Care Health Plan
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
Số FAX miễn phí: 1-844-657-7272

Việc gửi thư chấm dứt sự ủy quyền này sẽ không thay đổi được cách L.A. Care đã sử dụng hoặc tiết lộ PHI của quý vị trước khi L.A. Care nhận được lá thư này.

MỤC G: GIỚI HẠN

Người nhận được PHI từ L.A. Care có thể cho người khác xem thông tin này. Trong trường hợp này, PHI của quý vị có thể không còn được bảo vệ bởi Luật về bảo vệ quyền riêng tư HIPAA.



MỤC H: QUYỀN CỦA HỘI VIÊN

Quý vị có quyền xem và yêu cầu được cấp bản sao PHI của quý vị đã được sử dụng hoặc tiết lộ qua sự ủy quyền này. Quý vị có thể chấm dứt sự ủy quyền này bất cứ lúc nào. (*Xem Mục F*).

Quý vị không bắt buộc phải điền giấy ủy quyền này. Việc quý vị không ký giấy ủy quyền này sẽ không ảnh hưởng gì đến khả năng quý vị được ghi danh với L.A. Care, được cấp quyền lợi hoặc được chi trả cho các yêu cầu thanh toán dịch vụ quý vị đã được cung cấp.

Quý vị có quyền yêu cầu được cấp bản sao của giấy ủy quyền này.

MỤC I: KÝ TÊN

Khi ký tên vào Mục I, tôi cho phép L.A. Care tiết lộ loại thông tin PHI tôi đã đánh dấu ở Mục C cho người/cơ quan ở Mục B. Tôi đã đọc và hiểu rõ tài liệu này.

Hôm nay là ngày:

Chữ ký của hội viên hay người đại diện cá nhân:

Nếu là người đại diện, xin cho biết quan hệ:

DỪNG LẠI

Nếu quý vị chỉ muốn L.A. Care tiết lộ PHI với tên/cơ quan trong Mục B, vui lòng ký vào Mục I và gửi giấy này lại cho Văn phòng phụ trách Quyền Riêng tư của L.A. Care tại địa chỉ được ghi ở góc trên bên phải.

Nếu quý vị muốn cho người khác hành động hay làm công việc thay cho quý vị (như đòi bác sĩ hoặc giúp quý vị trong việc khiếu nại), xin tiếp tục sang trang kế.



PHẦN II

Phần II cho phép quý vị chỉ định một người nào khác, như người trong gia đình, hành động hay làm công việc thay cho quý vị, ngay cả khi quý vị có thể tự làm. Nếu quý vị không muốn người nào đó hành động hay làm công việc thay cho quý vị, nhưng đồng ý cho chúng tôi tiết lộ PHI cho họ, quý vị chỉ cần điền ở Phần I và gửi mẫu đơn này lại cho địa chỉ được ghi ở góc trên bên phải.

MỤC J: ỦY QUYỀN ĐƯỢC HÀNH ĐỘNG THAY CHO TÔI

Khi điền vào Mục J, tôi cho phép người này, hay những người này, thực hiện những điều được ghi ở Mục K. Tôi biết là sự chỉ định này bắt đầu có hiệu lực khi tôi ký tên và gửi trở lại giấy này.

Tên:

Tên của cơ quan (nếu có):

Địa chỉ:

Thành phố/Tiểu bang/Mã số bưu điện:

Ngày sinh:

Điện thoại:

Tên:

Tên của cơ quan (nếu có):

Địa chỉ:

Thành phố/Tiểu bang/Mã số bưu điện:

Ngày sinh:

Điện thoại:



MỤC K: NHIỆM VỤ CỦA NGƯỜI ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH

Khi điền vào Mục K, tôi cho phép người, hay những người, có tên trong Mục J hành động hay làm công việc thay cho tôi để sửa đổi: *(Chọn tất cả những điều thích hợp).*

- Thông tin y tế *(thí dụ, trợ giúp với thủ tục yêu cầu chương trình chấp thuận dịch vụ, quản lý sự chăm sóc sức khỏe, v.v.)*
- Thông tin về các yêu cầu thanh toán *(thí dụ, trợ giúp trong vấn đề liên quan đến yêu cầu thanh toán, v.v.)*
- Thông tin tài chính *(thí dụ, thay đổi thông tin về việc trả lệ phí bảo hiểm hàng tháng, v.v.)*
- Thông tin ghi danh *(thí dụ, đổi nhà cung cấp dịch vụ, nhóm y tế hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe, v.v.)*
- Thông tin khác (xin ghi rõ):

MỤC L: NGÀY SỰ CHỈ ĐỊNH HẾT HẠN

Khi điền vào Mục L, tôi báo cho L.A. Care biết khi nào người, hay những người, có tên ghi ở Mục J không còn quyền hành động hay làm công việc thay cho tôi nữa. *(Chọn một).*

- Người có tên ở Mục J không còn quyền hành động hay làm công việc thay cho tôi nữa một năm sau kể từ ngày hôm nay
- Sau khi tôi rút tên ra hoặc không còn được bảo hiểm qua L.A. Care, người có tên ở Mục J không còn quyền hành động hay làm công việc thay cho tôi nữa
- Người, hay những người, có tên ở Mục J không còn quyền hành động hay làm công việc thay cho tôi nữa kể từ ngày (tháng, ngày, năm):

MỤC M: GIỚI HẠN

Khi điền vào Phần I của giấy ủy quyền này, quý vị cho phép L.A. Care tiết lộ PHI của quý vị. Khi điền vào Phần II của giấy ủy quyền này, quý vị cho phép người, hay những người, có tên ở Mục J hành động hay làm công việc thay cho quý vị. L.A. Care có thể sẽ không cần xin phép quý vị trước khi cho phép người, hay những người, có tên ở Mục J hành động hay làm công việc thay cho quý vị.

MỤC N: QUYỀN THU HỒI SỰ ỦY QUYỀN

Quý vị có thể ngưng cho phép người, hay những người, có tên ở Mục J được hành động hay làm công việc thay cho quý vị bất cứ lúc nào. Để thực hiện điều này, xin quý vị gửi thư về:

Member Services

L.A. Care Health Plan
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
Số FAX miễn phí: 1-844-657-7272

MỤC O: KÝ TÊN

Khi ký tên vào Mục O, tôi cho phép người, hay những người, có tên ở Mục J hành động hay làm công việc thay cho tôi trong những việc ghi ở Mục K.

Hôm nay là ngày:

Chữ ký của hội viên hay người đại diện cá nhân:

Nếu là người đại diện, xin cho biết quan hệ với hội viên: