

Cách Sử dụng Mẫu đơn này

Hoàn thành mẫu đơn này tức là sẽ ủy quyền cho WellSense Care Management:

- Chia sẻ Thông tin Sức khỏe được Bảo vệ (PHI)* của quý vị với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bên thứ ba hoặc các tổ chức cộng đồng (nhà ở, thực phẩm, trường học).
- Nhận PHI của quý vị từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác và người đại diện của họ.
- Nhận thông tin cá nhân về quý vị từ các bên thứ ba và các tổ chức cộng đồng.

Thông tin này chỉ được sử dụng để hỗ trợ việc chăm sóc cho quý vị, có thể bao gồm: kết nối quý vị với các nguồn lực địa phương, điều phối dịch vụ chăm sóc giữa các nhà cung cấp khác nhau của quý vị và các dịch vụ khác.

Thông tin hội viên (vui lòng viết rõ ràng bằng chữ in)

Mã số hội viên của quý vị (từ thẻ Hội viên WellSense)

Họ của hội viên

Tên của hội viên	Viết tắt tên đệm	Ngày sinh (tháng/ngày/năm)
------------------	------------------	----------------------------

Địa chỉ

Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip
-----------	-----------	--------

Điện thoại (tùy chọn)

Thông tin về chương trình bảo hiểm sức khỏe

Vui lòng chọn tất cả các chương trình áp dụng theo giấy ủy quyền này:

Massachusetts

- ☐ MassHealth
- ☐ Special Kids/Special Care
- ☐ Chương trình Clarity
- ☐ Senior Care Options

New Hampshire

- ☐ NH Medicaid
- ☐ Chương trình NH Clarity
- ☐ NH Medicare Advantage

*PHI bao gồm các thông tin về sức khỏe của quý vị, như tình trạng sức khỏe, hồ sơ y tế hoặc lịch sử thanh toán theo định nghĩa của HIPAA và cũng có thể bao gồm hồ sơ điều trị rối loạn do lạm dụng rượu và dược chất theo 42 C.F.R. Phần 2.

Hướng dẫn Đặc biệt cho người mà chúng tôi có thể chia sẻ PHI của quý vị

Tôi cho phép WellSense chia sẻ PHI của tôi với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các bên thứ ba tham gia hoạt động chăm sóc cho tôi và nhận thông tin cá nhân từ chính những nhà cung cấp đó và các bên thứ ba nhằm mục đích quản lý dịch vụ chăm sóc cho tôi.

Nếu có nhà cung cấp hoặc bên thứ ba cụ thể mà quý vị muốn chúng tôi chia sẻ hoặc không chia sẻ PHI của quý vị hoặc các hướng dẫn đặc biệt khác, thì vui lòng liệt kê họ ở đây:

Chia sẻ

với: _____

Không được chia sẻ

với: _____

Xin lưu ý: Lựa chọn loại trừ một số nhà cung cấp hoặc bên thứ ba cụ thể sẽ không ảnh hưởng đến việc đăng ký, quyền lợi hoặc thanh toán của WellSense cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Cho phép chia sẻ PHI nhạy cảm của tôi (vui lòng ký tên tắt tất cả những mục áp dụng)

Theo luật liên bang và tiểu bang, WellSense cần quý vị đồng ý cho chia sẻ PHI nhạy cảm với các bên thứ ba. Vui lòng ký tên tắt bên cạnh danh mục PHI nhạy cảm mà quý vị cho phép WellSense chia sẻ.

	Ký tên tắt		Ký tên tắt
Phá thai		HIV/AIDS	
Chăm sóc/Điều trị cho Trẻ vị thành niên mang Thai		Hồ sơ chụp X-Quang vú	
Bạo hành Gia đình		Sức khỏe Tâm thần / Hành vi	
Kế hoạch hóa Gia đình		Tấn công Tình dục	
Xét nghiệm và Kết quả Di truyền		Bệnh lây truyền Qua đường Tình dục (STD)	
Lạm dụng Dược chất/Rượu (bao gồm cả hồ sơ điều trị được bảo vệ theo luật định của Liên bang, 42 C.F.R. Phần 2).			

Thu hồi giấy cho phép chia sẻ thông tin của tôi

Giấy ủy quyền này sẽ kết thúc vào ngày được nêu bên dưới HOẶC nếu tôi không tham gia WellSense nữa.

☐ Chỉ chia sẻ thông tin của tôi cho đến ngày này (Tháng/Ngày/Năm): _____

Tôi biết rằng tôi cũng có thể gửi văn bản cho WellSense để thông báo về việc thu hồi giấy cho phép của mình bất kỳ lúc nào. Thông báo này phải được gửi đến địa chỉ ghi ở trang cuối cùng. Tôi hiểu rằng việc thu hồi giấy cho phép sẽ có hiệu lực sau khi WellSense nhận được và xử lý yêu cầu của tôi. Nếu thông tin đã được chia sẻ theo yêu cầu trước đây của tôi thì tôi hiểu rằng WellSense sẽ không thể rút lại thông tin đó.

Tôi hiểu rằng hồ sơ điều trị lạm dụng được chất của tôi sẽ được bảo vệ theo các luật định của liên bang về Tính bảo mật và Hồ sơ Bệnh nhân Rối loạn do Lạm dụng Được chất, 42 C.F.R. Phần 2 và Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Thông tin Bảo hiểm Y tế năm 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Phần 160 và 164 và không được tiết lộ nếu không có văn bản thể hiện sự đồng ý của tôi, trừ khi pháp luật có quy định khác. Tôi hiểu rằng, khi tôi yêu cầu thì tôi sẽ được cung cấp danh sách các tổ chức đã nhận thông tin về việc điều trị lạm dụng rượu và/hoặc ma túy của tôi.

Phê duyệt (Quý vị hoặc người đại diện cá nhân của quý vị phải ký tên và điền ngày vào mẫu đơn này để hoàn thành mẫu đơn)

Chữ ký của hội viên Tôi đã đọc và hiểu các điều khoản của giấy ủy quyền này và có cơ hội đặt câu hỏi về mẫu đơn này cũng như việc tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi. Bằng cách ký tên dưới đây, tôi xác nhận là tôi đã hiểu và tự nguyện cho phép tiết lộ hoặc nhận thông tin sức khỏe của tôi theo cách được mô tả ở trên.	Thông tin người đại diện cá nhân Người đại diện cá nhân là người có thẩm quyền pháp lý để hành động thay mặt cho một cá nhân. Bản sao Giấy Ủy quyền, mẫu đơn Chỉ định Đại diện Cá nhân hoặc tài liệu pháp lý khác phải được lưu trong hồ sơ tại WellSense hoặc được gửi cùng với mẫu đơn này.
Chữ ký của Hội viên/Đại diện Cá nhân	Ngày

Tên viết bằng Chữ in

Nộp mẫu đơn

Quý vị có thể nộp mẫu đơn này qua fax, email hoặc gửi qua bưu điện.

Bằng fax

Massachusetts: 617-951-3426

NH: 866-409-5657

Gửi qua bưu điện

WellSense Health Plan

ATTN: Care Management

100 City Square, Suite 200

Charlestown, MA 02129

Bằng email

Massachusetts: CM.Tel@Wellsense.org

NH: NHCare.Management@Wellsense.org

Xin lưu ý: email không phải là cách an toàn để chuyển thông tin.

Nếu quý vị có thắc mắc về PHI hoặc mẫu đơn này thì vui lòng gọi số 866-853-5241 (dành cho hội viên Massachusetts) hoặc số 855-833-8119 (dành cho hội viên New Hampshire)