



Разрешение на предоставление медицинской информации

Информация для участника программы

- После того, как вы заполните эту форму, администрация программы страхования сможет предоставлять вашу медицинскую информацию лицам или группам лиц по вашему выбору.
- Вы не обязаны подписывать эту форму или давать разрешение на предоставление вашей медицинской информации. Ваш отказ подписать эту форму не повлияет на предоставляемые вам услуги и льготы.
- Если вы пожелаете отменить это разрешение, заполните форму отзыва, которую вы найдете на следующей странице. Отправьте ее нам по почте на указанный ниже адрес.
- Администрация программы Coordinated Care не может пообещать вам, что лицо или группа лиц, которых вы выберете, не предоставит вашу информацию кому-либо еще.
- Сохраняйте копии всех форм, которые вы отправляете нам. Администрация программы может прислать вам копии, если они вам потребуются.
- Внесите в эту форму всю необходимую информацию. **Вы можете отправить ее нам по почте или по факсу.**

Данные участника программы

Имя и фамилия участника (печатными буквами): _____

Дата рождения участника: ____ / ____ / ____

Номер чл. удост. участника: _____

Я разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию лицу или группе лиц, которые указаны ниже. Целью настоящего разрешения является оказание мне помощи в получении мною льгот и услуг.

Данные получателя информации

Имя и фамилия лица (название группы): _____

Улица, № дома, кв.: _____

Город: _____ штат: _____ почт. индекс: _____ тел.: (____) _____ - _____

Администрация программы Coordinated Care может предоставлять эту информацию (отметьте необходимое):

- Всю мою медицинскую информацию **ИЛИ**
- Всю мою медицинскую информацию, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- Информации о рецептурных препаратах (лекарственных средствах)
- Информации, касающейся СПИДа или ВИЧ-инфекции
- Информации, касающейся лечения от алкогольной и (или) наркотической зависимости
- Информации, касающейся оказания психологической или психиатрической помощи
- Другое: _____

Данное разрешение будет действовать в течение 1 года с момента его подписания или до прекращения вашего участия в программе Ambetter компании Coordinated Care, или же до его отмены.

Подпись участника программы: _____ Дата: ____ / ____ / ____

(Подпись участника программы или его доверенного лица)

Если вы ставите подпись от имени участника программы, укажите ниже, кем вы ему приходитеесь. Если вы являетесь персональным представителем участника программы, укажите это ниже и пришлите нам копии соответствующих документов (например, доверенности или постановления об опекунстве).

Coordinated Care, Attn: Compliance Department

1145 Broadway, Suite 300, Tacoma, WA 98402

Факс: 1-877-644-4602 | Отдел обслуживания участников программы: 1-877-687-1197
(телекоммуникационный аппарат / телетайп для лиц с нарушениями слуха: 877-941-9238)



FROM |  coordinated care.

Отзыв разрешения на предоставление медицинской информации

Я хочу отменить данное мною разрешение на предоставление моей медицинской информации лицу или группе лиц, которые указаны ниже:

Данные получателя информации

Имя и фамилия лица (название группы): _____

Улица, № дома, кв.: _____

Город: _____ штат: _____ почт. индекс: _____ тел.: (____) _____ - _____

Дата подписания первоначального разрешения (если известна): ____/____/____

Данные участника программы

Имя и фамилия участника (печатными буквами): _____

Дата рождения участника: ____/____/____

Номер чл. удост. участника: _____

Мне известно, что моя медицинская информация уже, возможно, предоставлялась на основании разрешения, данного мною ранее. Мне также известно, что эта отмена касается только моего разрешения на предоставление медицинской информации данному лицу или данной группе лиц. Она не распространяется на какие-либо другие подписанные мною формы разрешения, касающиеся предоставления медицинской информации другим лицам или группам лиц.

Подпись участника программы: _____ Дата: ____/____/____

(Подпись участника программы или его доверенного лица)

Если вы ставите подпись от имени участника программы, укажите ниже, кем вы ему приходитеесь. Если вы являетесь персональным представителем участника программы, укажите это ниже и пришлите нам копии соответствующих документов (например, доверенности или постановления об опекунстве).

Администрация программы прекратит предоставление вашей медицинской информации после того, как мы получим эту форму. **Вы можете отправить ее нам по почте или по факсу.** Вы также можете обратиться за помощью в отдел обслуживания участников программы по номеру телефона 1-877-687-1197 (номер телекоммуникационного аппарата / телетайпа для лиц с нарушениями слуха: 877-941-9238).

Почтовый адрес:
Coordinated Care, Attn: Compliance Department
1145 Broadway, Suite 300, Tacoma, WA 98402

Факс: **1-877-644-4602** | Отдел обслуживания участников программы: 1-877-687-1197
(телекоммуникационный аппарат / телетайп для лиц с нарушениями слуха: 877-941-9238)