

健康信息使用和披露授权书

4349 Easton Way, Suite 120
Columbus, OH 43219

Notice to Member:

- Completing this form will allow Ambetter from Buckeye Health Plan 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 from Buckeye Health Plan 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 from Buckeye Health Plan 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 from Buckeye Health Plan
333 E. Wetmore Rd.
Tucson, AZ 85705
Cc: Member Services

会员须知:

- 填写完本授权书后，Ambetter from Buckeye Health Plan 可以 (i) 将您的健康信息用于特定目的，和/或 (ii) 与您在本授权书上确认的个人或实体分享您的健康信息。
- 您无需许可使用或分享您的健康信息。若您未提交本授权书，您在 Ambetter from Buckeye Health Plan 的服务和福利将不会更改。
- 如果您想要取消本授权书，请通过本页面底部的地址将书面撤销申请寄送给我们。您可以拨打您会员 ID 卡背面的电话号码与会员服务部联系，以获得撤销申请表。
- 对于您允许我们分享您健康信息的个人或团体，Ambetter from Buckeye Health Plan 无法保证他们将不会与他人分享您的健康信息。
- 请保留一份您寄送给我们的所有已填写表格的副本。如有需要，我们可以将副本寄送给您。
- 如果您需要帮助，请拨打会员 ID 卡背面的电话号码与会员服务部联系。
- 请填写本授权书上的所有信息。完成后，请将本授权书和任何支持文件邮寄至：
Ambetter from Buckeye Health Plan
333 E. Wetmore Rd.
Tucson, AZ 85705
Cc: Member Services

请仔细阅读说明并填写下方表格。未填妥的表格将不予接受。

1 会员信息：
会员姓名（正楷签名）： _____
会员出生日期： _____ 会员 ID 号： _____

2 本人许可 Ambetter from Buckeye Health Plan 将我的健康信息用于已确认的目的，或将我的健康信息分享给下面指定的个人或团体。授权的目的是（请勾选下列其中一个选项）：
 允许 Ambetter from Buckeye Health Plan 帮助我处理福利和服务，或
 允许 Ambetter from Buckeye Health Plan 出于以下目的使用或分享我的健康信息 _____

3 接收信息的个人或团体（请在下一页添加其他个人或团体）：
名称（个人或团体）： _____
地址： _____
城市： _____ 州： _____ 邮政编码： _____ 电话： (_____) _____ - _____

4 我授权 Ambetter from Buckeye Health Plan 使用或共享以下健康信息（注：请选择第一个声明以披露所有健康信息，或选择下方的声明以仅披露部分健康信息。不得同时选择两个选项。）
 我的所有健康信息，包括：
 基因信息、服务或检测结果； HIV/AIDS 数据和记录； 精神健康数据和记录（但不是心理治疗记录）；
 处方药/药物数据和记录； 以及药物和酒精数据和记录（请说明任何可能披露的物质使用障碍信息）；
或
 我的所有健康信息，但不包括（仅勾选下列适用的方框）：
 基因信息、服务或检测结果
 AIDS 或 HIV 数据和记录
 药物和酒精数据和记录
 精神健康数据和记录（但不包括心理治疗记录）
 处方药/药物数据和记录
 其他： _____

5 本次授权终止的日期/事件： _____
请注明本次授权终止的日期，取消除外。如果不填写此字段，则授权将自下方签名日期起一年后失效。

6 会员或法定代理人签名： _____
日期： _____

若为法定代理人，请填写与会员的关系： _____
如果您是会员的法定或个人代理人，您必须将相关表格的副本寄送给我们，例如授权书或监护令。

请将填妥的授权书和任何支持文件邮寄至
Ambetter from Buckeye Health Plan, ATTN: MEMBER SERVICES
333 E. Wetmore Rd., Tucson, AZ 85705

接收信息的其他个人或团体:

注: 如果您同意将任何物质使用障碍记录披露给接收方既不是第三方付款人, 也不是您从治疗提供者接受服务的医疗服务提供者、机构或计划, 例如健康保险交易所或研究机构 (以下简称“接收方实体”), 您必须指定您从该接收方实体的治疗提供者接受服务的个人或实体的名称, 或者简单地声明您的物质使用障碍记录可以披露给该接收方实体目前和未来向您提供服务的治疗提供者。

名称 (个人或实体): _____

地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____ 电话: () _____ - _____

名称 (个人或实体): _____

地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____ 电话: () _____ - _____

名称 (个人或实体): _____

地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____ 电话: () _____ - _____

名称 (个人或实体): _____

地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____ 电话: () _____ - _____

名称 (个人或实体): _____

地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____ 电话: () _____ - _____

名称 (个人或实体): _____

地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____ 电话: () _____ - _____

名称 (个人或实体): _____

地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____ 电话: () _____ - _____

名称 (个人或实体): _____

地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____ 电话: () _____ - _____