

使用和披露健康資訊的授權

會員通知：

- 填寫此表格將允許Ambetter from Sunshine Health (i) 為特定目的使用您的健康資訊，和/或 (ii) 與您在此表格上識別的個人或實體共用您的健康資訊。
- 使用或共用您的健康資訊無需獲得許可。如果您沒有提交此表格，您使用Ambetter from Sunshine Health的服務和福利將不會改變。
- 如果您想取消此授權表格，請通過本頁底部的位址向我們發送書面請求。您可以致電會員服務部（會員ID卡背面的電話號碼），向您提供撤銷表格。
- Ambetter from Sunshine Health不能保證您允許我們與之共用您的健康資訊的個人或團體不會與他人共用。
- 請將所有填妥的表格保存一份。如果你需要的話，我們可以寄送給你。
- 如果您需要協助，請撥打會員 ID 卡背面的號碼致電客戶服務部。
- 把這張表上的資訊都填上。填妥後，請將表格及任何支援檔寄送給**Ambetter from Sunshine Health**

收件者：Compliance Department

P.O. Box 459089

Fort Lauderdale, FL 33345-9089

Aviso al (la) afiliado(a):

- Al llenar este formulario, usted autoriza a Ambetter from Sunshine Health a (i) que use su información de salud para un fin en particular, y/o (ii) que la dé a conocer a la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- Usted no tiene que firmar este formulario ni dar permiso a usar o dar a conocer su información de salud. Sus servicios y beneficios de Ambetter from Sunshine Health no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos por escrito una solicitud para revocarlo a la dirección que aparece al final de esta página. Servicios para los afiliados puede proporcionarle un formulario de revocación si les llama al número telefónico que se encuentra en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Ambetter from Sunshine Health no puede prometer que la persona o el grupo al que nos permita dar a conocer su información de salud no la dará a conocer a alguien más.
- Conserve una copia de todos los formularios llenos que nos envíe. Si las necesita, podemos enviarle copias.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para los afiliados al número telefónico que aparece en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Llene toda la información en este formulario. Al terminar, envíe el formulario y todos los documentos de apoyo a

Ambetter from Sunshine Health

收件者：Compliance Department

P.O. Box 459089

Fort Lauderdale, FL 33345-9089

請仔細閱讀說明並填寫以下表格。不完整的表格將不獲接受。

1 會員資訊：

會員姓名 (印刷體)：_____

會員出生日期：_____ 會員 ID：_____

2 我同意AMBETTER FROM SUNSHINE HEALTH為指定的目的使用我的健康資訊，或將我的健康資訊分享給下面列出的個人或團體。授權的目的是 (勾選下面的一個選項)：

- 讓Ambetter from Sunshine Health幫我安排福利和服務, 或
- 允許Ambetter from Sunshine Health使用或分享我的健康資訊給 _____

3 接收資訊的個人或團體 (在下一頁新增更多個人或團體)：

名稱 (個人或團體)：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____ 電話：(_____)_____ - _____

4 我授權AMBETTER FROM SUNSHINE HEALTH使用或共用以下健康

(注意：選擇第一條聲明發佈所有健康資訊，或選擇以下聲明僅發佈部分健康資訊。不能同時選取兩項。)

所有我的健康資訊包括：

基因資訊、服務或檢測結果; 愛滋病毒/愛滋病資料和記錄; 心理健康資料和記錄 (但不包括心理治療記錄); 處方藥/用藥資料和記錄; 以及藥物和酒精資料和記錄 (請說明可能披露的任何物質使用障礙資訊);

或者

所有我的健康資訊，除了 (僅勾選以下適用方塊)：

- 基因資訊、服務或檢測
- 愛滋病或愛滋病毒資料和記錄
- 毒品和酒精資料和記錄
- 心理健康資料和記錄 (但不包括心理治療記錄)
- 處方藥/用藥資料和記錄
- 其他： _____

5 此授權在此日期/事件結束：_____

此授權終止日期，除非取消。如果此欄位為空，則授權從以下簽名之日起一年內到期。

6 會員或法定代表人簽署：_____

日期：_____

如果是法定代表人——與會員的關係：_____

如果是會員的法定代表人或個人代表，您必須向我們提供有關表格的副本，例如授權委託書或監護令。

把填妥的授權表格和任何支援文件郵寄給
Ambetter from Sunshine Health，收件者：COMPLIANCE DEPARTMENT
P.O. Box 459089 Fort Lauderdale, FL 33345-9089

接收資訊的其他個人或團體：

備註：如果您同意向接收者披露任何藥物濫用障礙記錄，而接收者既不是第三方付款人，也不是您從治療提供者（如醫療保險交易所或研究機構）接受服務的醫療保健提供者、設施或專案（下稱「接收者實體」），則您必須指定與您一起從該接收者實體的治療提供者接受服務的個人或實體的名稱，或者簡單地說明，您的藥物濫用障礙記錄可能會被披露給您目前和未來在接收者實體的治療提供者。

名稱（個人或實體）：

地址：

城市：

州：

郵遞區號：

電話：（ ） -

名稱（個人或實體）：

地址：

城市：

州：

郵遞區號：

電話：（ ） -

名稱（個人或實體）：

地址：

城市：

州：

郵遞區號：

電話：（ ） -

名稱（個人或實體）：

地址：

城市：

州：

郵遞區號：

電話：（ ） -

名稱（個人或實體）：

地址：

城市：

州：

郵遞區號：

電話：（ ） -

名稱（個人或實體）：

地址：

城市：

州：

郵遞區號：

電話：（ ） -

名稱（個人或實體）：

地址：

城市：

州：

郵遞區號：

電話：（ ） -

名稱（個人或實體）：

地址：

城市：

州：

郵遞區號：

電話：（ ） -