

授權使用及揭露 健康資訊



會員通知：

- 填寫此表格將允許 Superior HealthPlan (i) 就特定目的使用您的健康資訊，及/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。如果您未提交此表格，您在 Superior 的服務與福利將不會改變。
- 如果您想取消此授權表，請寄送書面申請至本頁底部所列地址將其撤銷。您可以致電會員 ID 卡背面的會員服務部電話號碼索取撤銷表。
- Superior 無法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留一份。如果你需要，我們可以寄送副本給您。
- 如果您需要協助或對這份表格有疑問，請致電會員 ID 卡背面的會員服務電話號碼。
- 填妥本表格的所有資訊。填妥後，請將表格及任何佐證文件郵寄或傳真至：

Superior HealthPlan, ATTN: Compliance Department
5900 E. Ben White Blvd., Austin, TX 78741

傳真：1-833-205-1935

如果您想於線上提交表格，您可使用我們網站的電子表格提交。請造訪：

SuperiorHealthPlan.com/AuthToDiscloseSuperiorHealthPlan.com/AuthToDisclose.

Aviso para el afiliado:

- Al completar este formulario, le permitirá a Superior HealthPlan (i) utilizar su información de salud para un propósito específico y/o (ii) compartir su información de salud con la persona o entidad que identifique aquí.
- No tiene obligación de autorizar que se utilice o comparta su información de salud. Si no envía este formulario, los servicios y beneficios que recibe de Superior no cambiarán.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos una solicitud por escrito para revocarlo a la dirección que aparece en la parte inferior de esta página. Si quiere que le proporcionemos un formulario de revocación, llame a los Servicios para afiliados al número telefónico que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación de afiliado.
- Superior no puede prometer que la persona o el grupo con el que nos permite compartir su información de salud no la compartirá con alguien más.
- Mantenga una copia de todos los formularios completados que usted nos envía. Podemos enviarle copias si las necesita.
- Si necesita ayuda o si tiene preguntas sobre este formulario, llame al número de teléfono de Servicios para miembros que figura en la parte posterior de su tarjeta de identificación de miembro.
- Complete toda la información en este formulario. Cuando termine, envíe por correo postal o fax el formulario y los comprobantes a:

Superior HealthPlan, ATTN: Compliance Department
5900 E. Ben White Blvd., Austin, TX 78741

Fax: 1-833-205-1935

Si prefiere presentar el formulario por Internet, puede completar el formulario electrónico en nuestro sitio web. Visite: SuperiorHealthPlan.com/AutorizaciónParaDivulgar.

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 編號： _____

2 我同意 SUPERIOR HEALTHPLAN 就指定目的使用我的健康資訊，或將我的健康資訊與下列個人或團體共用。授權的目的是 (勾選下面的一個選項)：

允許 Superior 協助處理我的福利及服務，或

允許 Superior 使用或分享我的健康資訊於 _____

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 SUPERIOR 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; HIV/AIDS 資料及記錄; 心理健康資料及記錄 (但不包括心理治療記錄); 處方藥/用藥資料及記錄; 以及藥物與酒精資料及記錄 (請說明可能揭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

AIDS 或 HIV 資料及記錄

藥物與酒精資料及記錄

心理健康資料及記錄 (但不包括心理治療記錄)

處方藥/用藥資料及記錄

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。如果此欄位空白，則授權從以下簽名日期起一年到期。

6 會員或法定代理人簽名： _____

日期： _____

如果是法定代表人—與會員的關係： _____

如果您是會員的法定或個人代理人，務必將相關表格的副本寄送給我們，例如授權委託書或監護令。

將填妥的授權表及任何佐證文件郵寄至
SUPERIOR HEALTHPLAN, ATTN: COMPLIANCE DEPARTMENT
5900 E. BEN WHITE BLVD., AUSTIN, TX 78741

接收資訊的其他個人或團體：

註：如果您同意向接收者揭露任何物質使用障礙記錄，而接收者既非第三方付款人，亦非您自治療提供者（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、設施或計劃（下稱「接收者實體」），則您必須說明您在該接受者實體自治療提供者服務接受服務的個人姓名或實體名稱，或者簡單聲明您的物質使用障礙記錄可向您目前或未來在該接受者實體的治療提供者揭露。

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：（ ） -

POR FAVOR, LEA LAS INSTRUCCIONES ATENTAMENTE Y COMPLETE EL FORMULARIO QUE APARECE DEBAJO. NO SE ACEPTAN FORMULARIOS INCOMPLETOS.

1 INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

Nombre del afiliado (*en letra de imprenta*): _____

Fecha de nacimiento del afiliado: _____ Número de identificación del afiliado: _____

2 AUTORIZO A SUPERIOR HEALTHPLAN A UTILIZAR MI INFORMACIÓN DE SALUD PARA EL PROPÓSITO IDENTIFICADO O A COMPARTIRLA CON LA PERSONA O EL GRUPO MENCIONADOS DEBAJO. EL PROPÓSITO DE ESTA AUTORIZACIÓN ES (*marque una opción debajo*):

Autorizar a Superior a ayudarme con mis servicios y beneficios, **O**

Autorizar a Superior a utilizar o compartir mi información de salud para _____

3 PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (*agregue más personas o grupos en la página siguiente*):

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

4 AUTORIZO A SUPERIOR A UTILIZAR O COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SALUD (*NOTA: Seleccione la primera afirmación para divulgar TODA la información de salud o seleccione la afirmación más abajo para divulgar solo UNA PARTE de la información de salud. No es posible seleccionar AMBAS opciones*).

Toda mi información de salud, LO QUE INCLUYE:

Información genética, servicios o resultados de pruebas, registros y datos de VIH/SIDA, registros y datos de salud mental (pero no las notas de psicoterapia), registros y datos de medicinas/fármacos recetados, y registros y datos de consumo de drogas y alcohol (especifique la información sobre trastornos por consumo de sustancias que se puede divulgar, si la hubiera).

O

TODA mi información de salud EXCEPTO (*marque debajo todas las casillas que correspondan*):

Información genética, servicios o resultados de pruebas

Registros y datos de VIH/SIDA

Registros y datos de consumo de drogas y alcohol

Registros y datos de salud mental (pero no las notas de psicoterapia)

Registros y datos de medicinas/fármacos recetados

Otros: _____

5 ESTA AUTORIZACIÓN FINALIZA EN LA FECHA/EL EVENTO: _____

Fecha en que finaliza esta autorización a menos que sea cancelada. Si este campo está en blanco, la autorización vence un año después de la fecha de firma detallada debajo.

6 FIRMA DEL AFILIADO O REPRESENTANTE LEGAL: _____

FECHA: _____

SI ES EL REPRESENTANTE LEGAL - indique la relación con el afiliado: _____

*Si usted es el representante legal o personal del afiliado, **debe enviarnos las copias de los formularios relevantes, como el poder notarial o la orden de custodia.***

ENVÍE POR CORREO POSTAL EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
Y LA INFORMACIÓN DE APOYO, SI LA HUBIERA, A
SUPERIOR HEALTHPLAN, ATTN : COMPLIANCE DEPARTMENT
5900 E. BEN WHITE BLVD., AUSTIN, TX 78741

GRUPO(S) O PERSONA(S) INDIVIDUAL(ES) ADICIONALES QUE RECIBIRÁN INFORMACIÓN:

NOTA: Si autoriza a divulgar registros de trastornos por consumo de sustancias a un destinatario que no sea un pagador de terceros, un proveedor de atención médica, un centro o un programa donde usted recibe servicios de un proveedor de tratamientos, como una institución de investigación o un intercambio de seguro médico (en adelante, la “entidad destinataria”), debe especificar el nombre de la persona con la cual recibe los servicios de un proveedor de tratamientos en la entidad destinataria, o la entidad en la cual recibe dichos servicios, o simplemente debe indicar que sus registros de trastornos por consumo de sustancias se pueden divulgar a los proveedores de tratamientos que usted tenga en la actualidad y en el futuro en la entidad destinataria.

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: () - _____