

健康資訊使用與披露授權書

保戶須知：

- 填寫本授權書將允許 **Ambetter from Meridian** (i) 將您的健康資訊用於特定目的，和/或 (ii) 與您在本授權書上所確認的個人或實體分享您的健康資訊。
- 您無需授予許可即可使用或分享您的健康資訊。若您未提交本授權書，您在 **Ambetter from Meridian** 的服務與福利並不會變更。
- 如果您想要取消本授權書，請透過本頁面底部的地址將書面撤銷申請寄送給我們。您可以撥打您保戶 ID 卡背面的電話號碼與保戶服務部聯絡，以獲得撤銷申請表。
- 對於您允許我們分享您健康資訊的人士或團體，**Ambetter from Meridian** 無法保證他們將不會與他人分享您的健康資訊。
- 請保留您寄送給我們的所有填妥表格的副本。如有需要，我們可以將副本寄送給您。
- 如果您需要協助，請透過保戶 ID 卡背面的電話號碼與保戶服務部聯絡。
- 請填寫本授權書上的所有資訊。完成後，請將本授權書和任何佐證文件郵寄至

Ambetter from Meridian
ATTN: Compliance Department
333 E. Wetmore
Tucson, AZ 85705
Cc: Member Services

Aviso al (la) afiliado(a):

- Al llenar este formulario, usted autoriza a Ambetter from Meridian 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 Meridian 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 Meridian 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 Meridian
ATTN: Compliance Department
333 E. Wetmore
Tucson, AZ 85705
Cc: Member Services

請仔細閱讀說明並填寫下方表格。未填妥的表格將不予接受。

1 保戶資訊：

保戶姓名（正楷）： _____

保戶出生日期： _____ 保戶 ID 號碼： _____

2 本人授權 **AMBETTER FROM MERIDIAN**，可基於已確認之目的使用我的健康資訊，或將我的健康資訊分享給下方所示之人士或團體。授權的目的為（請勾選下列其中一個選項）：

允許 Ambetter from Meridian 協助我處理福利與服務，或

允許 Ambetter from Meridian 出於以下目的使用或分享我的健康資訊 _____

3 接收資訊的人士或團體（請在下一頁新增更多人士或團體）：

名稱（人士或團體）： _____

地址： _____

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

4 本人授權 **AMBETTER FROM MERIDIAN** 使用或分享下列健康資訊（註：請選擇第一個聲明以披露所有健康資訊，或選擇下方的聲明以僅披露部分健康資訊。不得同時選擇兩個選項。）

我的所有健康資訊，包括：

基因資訊、服務或檢測結果；HIV/AIDS 資料與記錄；精神健康資料與記錄（但不是心理治療記錄）；處方藥/藥物資料與記錄；以及藥物和酒精資料與記錄（請說明任何可能披露的物質使用障礙資訊）；

或

我的所有健康資訊，但不包括（僅勾選下列適用的方塊）：

基因資訊、服務或檢測

AIDS 或 HIV 資料與記錄

藥物和酒精資料與記錄

精神健康資料與記錄（但不是心理治療記錄）

處方藥/藥物資料與記錄

其他原因： _____

5 本次授權終止的日期/事件： _____

請註明本次授權終止的日期，取消除外。如果不填寫此欄位，則授權將自下方簽名日期起一年後到期。

6 保戶或法定代表簽名： _____

日期： _____

若為法定代表，請填寫與保戶的關係： _____

如果您是保戶的法定或個人代表，您必須將相關表格的副本寄送給我們，例如授權書或監護令。

請將填妥的授權書和任何佐證文件郵寄至
Ambetter from Meridian, ATTN: Compliance Department
333 E. Wetmore, Tucson, Arizona, 85705
Cc: Member Services

接收資訊的其他個人或團體：

備註：如果您同意將任何物質使用障礙記錄披露給的接收方既不是第三方付款人，也不是您從治療提供者接受服務的醫療服務提供者、機構或計畫，例如健康保險交易所或研究機構（以下簡稱「接收方實體」），您必須指定您從該接收方實體的治療提供者接受服務的個人或實體的名稱，或者簡單地聲明您的物質使用障礙記錄可以披露給該接收方實體目前和未來向您提供服務的治療提供者。

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：(

) -
