



FROM



arizona complete health

健康信息使用和披露授权书

会员须知:

- 填写完本授权书后, **Ambetter from Arizona Complete Health** 可以 (i) 将您的健康信息用于特定目的, 和/或 (ii) 与您在授权书上确认的个人或实体分享您的健康信息。
- 您无需签署本授权书或许可使用或分享您的健康信息。若您未签署本授权书, 您在 **Ambetter** 的服务和福利将不会更改。
- 取消(撤销)权: 本授权/同意书可随时撤销, 除非 **Ambetter** 或其他获准共享您健康信息的合法持有人已根据本授权/同意书采取行动。如果您想要取消本授权书, 请填写最后一页上的撤销表, 并邮寄到本页下方的地址。
- 对于您允许我们与其分享您健康信息的个人或团体, **Ambetter** 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。
- 请填写本授权书上的所有信息。填写后, 将其邮寄到第一页底部的地址。

会员信息:

会员姓名(正楷签名): _____

会员出生日期: _____ 会员 ID 号: _____

本人许可 **Ambetter** 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:

- 允许(实体)帮助我处理福利和服务, 或
- 允许(实体)出于以下目的使用或分享我的健康信息 _____

接收信息的个人或团体(请在第 2 页添加其他个人或团体):

姓名/名称(个人或实体): _____

地址: _____

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

本人授权 **Ambetter** 使用或分享以下健康信息:

- 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(但不包括心理治疗记录); 处方药/药物数据和记录; 以及药物和酒精数据和记录(请说明可能披露的药物使用障碍信息: _____); 或
- 我的所有健康信息, 但不包括(勾选所有适用项):
 - 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: _____

授权结束日期: _____ / _____ / _____ (授权终止日期, 取消除外)

会员签名: _____ 日期: ____ / ____ / ____
(会员或法定代表人在此签名)

邮寄至: **Ambetter from Arizona Complete Health, 1850 W Rio Salado Suite 211, Tempe, AZ 85281**
电话: 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180)



FROM



arizona complete health

如果您代表会员签名，请在下方说明您与会员的关系。如果您是会员的个人代理人，请在下方说明，并将相关表格（如授权书或监护令）副本寄送给我们。

接收信息的其他个人或实体

请注意：如果您同意将任何药物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”），您必须具体说明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。

姓名/名称（个人或实体）： _____

地址： _____

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

姓名/名称（个人或实体）： _____

地址： _____

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

姓名/名称（个人或实体）： _____

地址： _____

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

姓名/名称（个人或实体）： _____

地址： _____

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

姓名/名称（个人或实体）： _____

地址： _____

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

姓名/名称（个人或实体）： _____

地址： _____

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

姓名/名称（个人或实体）： _____

地址： _____

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

姓名/名称（个人或实体）： _____

地址： _____

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

邮寄至： *Ambetter from Arizona Complete Health, 1850 W Rio Salado Suite 211, Tempe, AZ 85281*
电话： 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180)



FROM



arizona complete health.

健康信息使用和/或披露授权撤销书

本人取消或撤销我授予 **Ambetter** 将我的健康信息用于特定目的或与个人或团体共享我的健康信息的许可：

接收信息的个人或团体：

姓名/名称（个人或实体）： _____

地址： _____

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

授权签署日期（如果已知）： _____ / _____ / _____

会员信息：

会员姓名（正楷签名）： _____

会员出生日期： _____ / _____ / _____ 会员 Medicaid ID 号： _____

本人了解，由于我之前给予的许可，我的健康信息（包括我的药物使用障碍记录（如适用））可能已被使用或共享。本人也了解，本取消仅适用于我授予的将我的健康信息用于特定目的或与个人或团体共享我的健康信息的许可。它不会取消我为将健康信息用于其他目的或与其他个人或团体共享健康信息而签署的任何其他授权书。

会员签名： _____ 日期： _____ / _____ / _____
(会员或法定代理人在此签名)

如果您代表会员签名，请在下方说明您与会员的关系。如果您是会员的个人代理人，请在下方说明，并将相关表格（如授权书或监护令）副本寄送给我们。

Ambetter 收到并处理此表格后，将停止使用或共享您的健康信息。请使用以下邮寄地址。如需帮助，您也可以拨打以下电话号码。

Ambetter from Arizona Complete Health
1850 W Rio Salado, Suite 211
Tempe, AZ 85281
电话： 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392)

邮寄至： *Ambetter from Arizona Complete Health, 1850 W Rio Salado Suite 211, Tempe, AZ 85281*
电话： 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180)