

健康資訊使用與披露授權書



Notice to Member:

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

保戶須知：

- 填寫此表格將允許 Ambetter Health of Delaware (i) 將您的健康資訊用於特定目的，和/或 (ii) 與您在本表格上識別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。您在 Ambetter Health of Delaware 的服務和福利並不會因您不提交此表格而改變。
- 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。
- Ambetter Health of Delaware 將無法保證您允許我們與其分享您的健康資訊的個人或團體不會與其他人分享。
- 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。表格填妥後，請將其與任何支援文件郵寄至
Ambetter Health
333 E. Wetmore Rd
Tucson, AZ 85705
Cc: Member Services

AmbetterHealthofDelaware.com

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 我授予 AMBETTER HEALTH OF DELAWARE 將我的健康資訊用於指定目的，或與以下指定的個人或團體分享我的健康資訊的權限。授權的目的是（請勾選以下選項之一）：

允許 Ambetter Health of Delaware 協助我獲得福利和服務， **或**

允許 Ambetter Health of Delaware 使用或分享我的健康資訊 _____。

3 接收資訊的個人或團體（在下一頁添增更多個人或團體）：

名稱（人士或團體）： _____

地址： _____

城市： _____ 州： _____ 郵遞區號： _____ 電話： _____

4 我授權 AMBETTER HEALTH OF DELAWARE 使用或分享以下健康資訊（注意：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。）

我所有的健康資訊，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

我所有健康資訊，除了（請僅選以下適用的方塊）：

基因資訊、服務或檢測

藥物和酒精資料與記錄

AIDS 或 HIV 資料與記錄

處方藥/藥物資料與記錄

精神健康資料與記錄

其他： _____

（但不是心理治療記錄）

5 此授權結束此日期/事件為： _____ 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： _____

如果是法定代表 - 與保戶的關係： _____

如果您是保戶的法定代理人或個人代表，您必須向我們發送相關表格的副本，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 Health,

333 E. Wetmore Rd Tucson, AZ 85705 Cc: Member Services

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物質使用障礙記錄，且該接收者既不是第三方付款人，也不是您從治療提供者那裡接受服務的醫療保健提供者、設施或計劃，例如健康保險交易所或研究機構（以下簡稱「接收實體」），您必須指定與您一起接受來自該接收實體的治療提供者的服務的個人姓名或實體名稱，或簡單地聲明您的藥物使用障礙記錄可能會揭露給該接收實體目前和未來的治療提供者。

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： _____