使用及揭露健康資訊授權

會員通知：

- 填寫此表格將允許本計劃就特定目的與您選擇的個人或團體共用您的健康資訊。
- 您不必填寫此表格或允許共用您的健康資訊。若您未簽署此表格，您的服務與福利將不會改變。
- 入您希望取消本授權書，請填寫下頁的撤銷書並郵寄至下列地址。
- 協調護理無法保證您選擇的個人或團體不會將您的資訊與他人共用。
- 請將所有您寄給我們的表格保留一份副本。如果你需要的話，我們可以寄送給你。
- 在此表格上填妥所有資訊。您可以將此表格郵寄或傳真給我們。

會員資訊：

會員姓名（印刷體）：_____

會員出生日期：_____/_____/_____

會員ID #：_____

我允許與下列個人或團體共用我的健康資訊。本授權旨在協助我使用我的福利與服務。

接受者資訊：

名稱（個人/團體）：_____

地址：_____

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

協調護理可以共用此健康資訊：（勾選所有適用的方塊）

- ☐ 所有我的健康資訊；**或**
- ☐ 所有我的健康資訊，除了：
- ☐ 處方藥/用藥資訊
- ☐ AIDS或HIV資訊
- ☐ 酒精和/或物質濫用治療資訊 務
- ☐ 行為健康服務或精神病護理服
- ☐ 其他：_____

除非取消，否則本授權將自簽署日期起為期1年，或直到您不再是Ambetter from Coordinated Care的會員為止。

會員簽名：_____ **日期：** ____/____/_____

（會員或法定代理人在此簽名）

若您為會員簽署，請在下方說明您的關係。若您是會員的個人代表，請在下方說明此關係，並將相關文件的副本寄給我們（例如委託書或監護令）。

使用及揭露健康資訊授權撤銷

我想要取消我對與此個人或團體共用我的健康資訊的允許：

接受者資訊：

名稱（個人/團體）： _____

地址：_____

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

原授權簽署日期（如已知）：_____/_____/_____

會員資訊：

會員姓名（印刷體）： _____

會員出生日期：_____/_____/_____

會員ID #：_____

我了解由於我先前的允許，我的健康資訊可能已經共用。我也了解此取消僅適用於我對與此個人或團體共用我的健康資訊的允許。其並未取消我就與另一個人或團體共用我的健康資訊所簽署的任何其他授權書。

會員簽名：_____**日期**：____/____/_____

（會員或法定代理人在此簽名）

若您為會員簽署，請在下方說明您的關係。若您是會員的個人代表，請在下方說明此關係，並將相關文件的副本寄給我們（例如委託書或監護令）。

_____

我們收到此授權書後本計劃將停止共用您的健康資訊。您可以將此表格郵寄或傳真給我們。您也可以致電 1-877-687-1197（TTY/TDD 877-941-9238）聯絡會員服務部尋求協助。

郵寄至：

Coordinated Care, Attn: Compliance Department

1145 Broadway, Suite 300, Tacoma, WA 98402

傳真： 1-877-644-4602 | 會員服務部1-877-687-1197（TTY/TDD 877-941-9238）