



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: 711) 聯絡會員服務部尋求協助。

郵寄至：

Ambetter from Coordinated Care, Attn: Compliance Department
1145 Broadway, Suite 700, Tacoma, WA 98402

傳真： 1-877-644-4602 | 會員服務部 1-877-687-1197 (TTY: 711)