



## 披露健康信息授权书

### 会员须知：

- 填写此授权书便于保险计划向您选择的人士或团体分享您的健康信息。
- 您并非必须填写本授权书，也不一定同意分享您的健康消息。如果您不签署本授权书，您享受的服务和福利不会发生变化。
- 如果您想取消本授权书，请填写下一页的撤销授权书并邮寄到以下地址。
- **Coordinated Care** 无法保证您选择的人士或团体不会与其他人分享您的信息。
- 请您保留一份您交给我们的所有文件的副本。如果需要的话，我们可以向您提供文件副本。
- 在本授权书上填写所有信息。**您可以将本授权书邮寄或传真给我们。**

### 会员信息：

会员姓名（正楷书写）： \_\_\_\_\_

会员出生日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

会员 ID 号码： \_\_\_\_\_

我允许向下述人员或团体分享我的健康信息。授权目的是帮助我享受我的福利和服务。

### 接收人信息：

姓名/名称（人员/团体）： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 邮编： \_\_\_\_\_ 电话： ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Coordinated Care 可以分享以下健康信息：（勾选所有适用的方框）

- 我的所有健康信息；或
- 我的所有健康信息，以下信息除外：
- 处方药/药物信息
- AIDS 或 HIV 信息
- 酗酒和/或物质滥用治疗信息
- 行为健康服务或精神科护理信息
- 其它： \_\_\_\_\_

本授权将在签字之日起 1 年之后失效，或者直至您不再是 **oordinated Care** 提供的 **Ambetter** 之会员为止，除非您撤销授权。

会员签字： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(会员或法定代表在此处签名)

如果您代表会员签名，请在下方说明你们的关系。如果您是会员的个人代表，请在下方说明并将相关表格（例如授权书或监护令）的副本寄给我们。

**Coordinated Care, Attn:Compliance Department**

1145 Broadway, Suite 300, Tacoma, WA 98402

传真： 1-877-644-4602 | 会员服务部： 1-877-687-1197 (TTY/TDD 877-941-9238)



## 撤销披露健康信息授权书

我要撤销我的授权，不可以与以下人员或团体分享我的健康信息：

### **接收人信息：**

姓名/名称（人员/团体）： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 邮编： \_\_\_\_\_ 电话： ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

原始授权签署日期（如果知道）： \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **会员信息：**

会员姓名（正楷书写）： \_\_\_\_\_

会员出生日期： \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

会员 ID 号码： \_\_\_\_\_

我知道由于我之前的授权，可能已经分享过我的健康信息。我也知道，此次撤销仅适用于我允许与此人士或团体分享我健康信息的授权，而不能撤销我签署的任何其他允许与其他人士或团体分享健康信息的授权书。

会员签字： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

（会员或法定代表在此处签名）

如果您代表会员签名，请在下方说明你们的关系。如果您是会员的个人代表，请在下方说明并将相关表格（例如授权书或监护令）的副本寄给我们。

您的保险公司会在收到本授权书后停止分享您的健康信息。您可以将本授权书邮寄或传真给我们。您还可以致电会员服务部寻求帮助，电话号码是 1-877-687-1197 (TTY/TDD 877-941-9238)。

邮寄地址：

**Coordinated Care, Attn: Compliance Department**  
1145 Broadway, Suite 300, Tacoma, WA 98402

传真： 1-877-644-4602 | 会员服务部 1-877-687-1197 (TTY/TDD 877-941-9238)