



FROM



arizona complete health.

健康資訊使用與披露授權書

保戶須知：

- 填寫本授權書將允許 **Arizona Complete Health (i)** 將您的健康資訊用於特定目的，和/或 **(ii)** 與您在本授權書上所確認的個人或實體分享您的健康資訊。
- 您無需簽署此表格或授予許可即可使用或分享您的健康資訊。若您未簽署本授權書，您在 **Ambetter** 的服務與福利並不會變更。
- 取消（撤銷）的權利：本授權書/同意書可隨時撤銷，除非 **Ambetter** 或其他獲準分享您的健康資訊的合法持有者已依賴該資訊行事。如果您想要取消本授權書，請填寫最後一頁的撤銷表格並將其郵寄到本頁底部的地址。
- 對於您允許我們分享您健康資訊的人士或團體，**Ambetter** 無法保證他們將不會與他人分享您的健康資訊。
- 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
- 請填寫本授權書上的所有資訊。完成後，將其郵寄到第一頁底部的地址。

保戶資訊：

保戶姓名（正楷）： _____

保戶出生日期： _____ 保戶 ID 號碼： _____

本人授權 **Ambetter**，可基於已確認之目的使用我的健康資訊，或將我的健康資訊分享給下方所示之人士或團體。授權的目的為：

- 允許（實體）協助我處理福利與服務，或
- 允許（實體）出於以下目的使用或分享我的健康資訊 _____

接收資訊的人士或團體（請在第 2 頁新增更多人士或團體）：

名稱（個人或實體）： _____

地址： _____

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

本人授權 **Ambetter** 使用或分享下列健康資訊：

我的所有健康資訊（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

我的所有健康資訊，但不包括（僅勾選下列適用的方框）：

- 基因資訊、服務或檢測
- AIDS 或 HIV 資料與記錄
- 藥物和酒精資料與記錄
- 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
- 其他： _____

授權終止日期： _____ / _____ / _____ （請註明本次授權終止的日期，取消除外）

保戶簽名： _____ 日期： _____ / _____ / _____

（保戶或法定代表在此簽名）

郵寄： **Ambetter from Arizona Complete Health, 1850 W Rio Salado Suite 211, Tempe, AZ 85281**

電話： 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180)



FROM



arizona complete health.

如果您作為保戶代表簽名，請在下面描述您們的關係。如果您是保戶的個人代表，請在下面描述並將那些表格（例如授權書或監護令）的副本寄送給我們。

接收資訊的其他個人或團體：

備註：如果您同意將任何物質使用障礙記錄披露給的接收方既不是第三方付款人，也不是您從治療提供者接受服務的醫療服務提供者、機構或計畫，例如健康保險交易所或研究機構（以下簡稱「接收方實體」），您必須指定您從該接收方實體的治療提供者接受服務的個人或實體的名稱，或者簡單地聲明您的物質使用障礙記錄可以披露給該接收方實體目前和未來向您提供服務的治療提供者。

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：(____) ____ - _____

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



FROM



arizona complete health.

撤銷健康資訊 使用與/或披露的授權

我想取消或撤銷我給予 **Ambetter** 的將我的健康資訊用於特定目的或與個人或團體分享我的健康資訊的許可：

接受該資訊的人士或團體：

名稱（個人或實體）： _____

地址： _____

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

授權簽署日期（如果知道） _____ / _____ / _____

保戶資訊：

保戶姓名（正楷）： _____

保戶出生日期： _____ / _____ / _____ 保戶 Medicaid ID 號碼： _____

本人明白，由於我之前給予的許可，我的健康資訊（包括我的藥物使用障礙記錄（如適用））可能已被使用或共享。本人也明白，此取消僅適用於我授予將我的健康資訊用於特定目的或與個人或團體分享我的健康資訊的許可。不會取消我簽署的用於其他目的或與其他個人或團體共享的健康資訊的任何其他授權書。

保戶簽名： _____ 日期： _____ / _____ / _____
(保戶或法定代表在此簽名)

如果您作為保戶代表簽名，請在下面描述您們的關係。如果您是保戶的個人代表，請在下面描述並將那些表格（例如授權書或監護令）的副本寄送給我們。

當我們收到並處理此表格，**Ambetter** 將停止使用或分享您的健康資訊。使用下面的郵寄地址。您也可以撥打以下號碼尋求協助。

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

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