

健康信息使用和披露授权书



333 E. Wetmore Road
Tucson, AZ 85705

会员须知:

- 填写完本授权书后，Ambetter from Louisiana Healthcare Connections 可以 (i) 将您的健康信息用于特定目的，和/或 (ii) 与您在本授权书上确认的个人或实体分享您的健康信息。
- 您无需许可使用或分享您的健康信息。若您未提交本授权书，您在 Ambetter from Louisiana Healthcare Connections 的服务和福利将不会更改。
- 如果您想要取消本授权书，请通过本页面底部的地址将书面撤销申请寄送给我们。您可以拨打您会员 ID 卡背面的电话号码与会员服务部联系，以获得撤销申请表。
- 对于您允许我们分享您健康信息的个人或团体，Ambetter from Louisiana Healthcare Connections 无法保证他们将不会与他人分享您的健康信息。
- 请保留一份您寄送给我们的所有已填写表格的副本。如有需要，我们可以将副本寄送给您。
- 如果您需要帮助，请拨打会员 ID 卡背面的电话号码与会员服务部联系。
- 请填写本授权书上的所有信息。完成后，请将本授权书和任何支持文件邮寄至：

Ambetter
ATTN: Member Services
333 E. Wetmore Road
Tucson, AZ 85705

Aviso al (la) afiliado(a):

- Al llenar este formulario, usted autoriza a Ambetter from Louisiana Healthcare Connections a (i) que use su información de salud para un fin en particular, y/o (ii) que la dé a conocer a la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- Usted no tiene que firmar este formulario ni dar permiso a usar o dar a conocer su información de salud. Sus servicios y beneficios de Ambetter from Louisiana Healthcare Connections no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos por escrito una solicitud para revocarlo a la dirección que aparece al final de esta página. Servicios para los afiliados puede proporcionarle un formulario de revocación si les llama al número telefónico que se encuentra en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Ambetter from Louisiana Healthcare Connections no puede prometer que la persona o el grupo al que nos permita dar a conocer su información de salud no la dará a conocer a alguien más.
- Conserve una copia de todos los formularios llenos que nos envíe. Si las necesita, podemos enviarle copias.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para los afiliados al número telefónico que aparece en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Llene toda la información en este formulario. Al terminar, envíe el formulario y todos los documentos de apoyo a

Ambetter
ATTN: Member Services
333 E. Wetmore Road
Tucson, AZ 85705

请仔细阅读说明并填写下方表格。未填妥的表格将不予接受。

1 会员信息：

会员姓名（正楷签名）： _____

会员出生日期： _____ 会员 ID 号： _____

2 本人许可 AMBETTER FROM LOUISIANA HEALTHCARE CONNECTIONS 将我的健康信息用于已确认的目的，或将我的健康信息分享给下面指定的个人或团体。授权的目的是（请勾选下列其中一个选项）：

- 允许 Ambetter from Louisiana Healthcare Connections 帮助我处理福利和服务，或
- 允许 Ambetter from Louisiana Healthcare Connections 出于以下目的的使用或分享我的健康信息 _____

3 接收信息的个人或团体（请在下一页添加其他个人或团体）：

姓名/名称（个人或团体）： _____

地址： _____

城市： _____ 州： _____ 邮政编码： _____ 电话： (_____) _____ - _____

4 本人授权 AMBETTER FROM LOUISIANA HEALTHCARE CONNECTIONS 使用或分享以下健康信息：（请注意：请选择第一个声明以披露所有健康信息，或选择下方的声明以仅披露部分健康信息。不得同时选择两个选项。）

我的所有健康信息，包括：
基因信息、服务或检测结果*； HIV/AIDS 数据和记录； 精神健康数据和记录（但不是心理治疗记录）； 处方药/药物数据和记录； 以及药物和酒精数据和记录（请说明任何可能披露的物质使用障碍信息）： _____

或

- 我的所有健康信息，但不包括（仅勾选下列适用的方框）：**
- 基因信息、服务或检测结果*
 - AIDS 或 HIV 数据和记录
 - 药物和酒精数据和记录
 - 精神健康数据和记录（但不包括心理治疗记录）
 - 处方药/药物数据和记录
 - 其他： _____

***如果要披露基因信息、服务或检测结果，则必须填写本部分。**

请在下方具体说明要披露的基因信息以及披露目的：

请注意：若将基因信息用于上述目的以外的任何目的，则此使用或披露授权无效。本授权可随时取消，包括在披露之前或在您了解基因信息的详细情况之前。

5 本次授权终止的日期/事件： _____

请注明本次授权终止的日期，取消除外。如果不填写此字段，则授权将自下方签名日期起一年后失效，但基因信息披露授权除外。基因信息披露授权自签字之日起 60 天后失效，如果授权在 60 天之前终止或取消，则授权将提前失效。

6 会员或法定代理人签名： _____

日期： _____

若为法定代理人，请填写与会员的关系： _____

如果您是会员的法定或个人代理人，您必须将相关表格的副本寄送给我们，例如授权书或监护令。

请将填妥的授权书和任何支持文件邮寄至

Ambetter, ATTN: Member Services, 333 E. Wetmore Road, Tucson, AZ 85705

接收信息的其他个人或团体：

请注意：如果您同意将任何物质使用障碍记录披露给接收方既不是第三方付款人，也不是您从治疗提供者接受服务的医疗服务提供者、机构或计划，例如健康保险交易所或研究机构（以下简称“接收方实体”），您必须指定您从该接收方实体的治疗提供者接受服务的个人或实体的名称，或者简单地声明您的物质使用障碍记录可以披露给该接收方实体目前和未来向您提供服务的治疗提供者。

姓名/名称（个人或实体）：

地址：

城市：

州：

邮政编码：

电话：() -

姓名/名称（个人或实体）：

地址：

城市：

州：

邮政编码：

电话：() -

姓名/名称（个人或实体）：

地址：

城市：

州：

邮政编码：

电话：() -

姓名/名称（个人或实体）：

地址：

城市：

州：

邮政编码：

电话：() -

姓名/名称（个人或实体）：

地址：

城市：

州：

邮政编码：

电话：() -

姓名/名称（个人或实体）：

地址：

城市：

州：

邮政编码：

电话：() -

姓名/名称（个人或实体）：

地址：

城市：

州：

邮政编码：

电话：() -

姓名/名称（个人或实体）：

地址：

城市：

州：

邮政编码：

电话：() -
