使用和揭露健康資訊的授權

P.O. Box 25538
Little Rock, AR 72221

會員通知：

- 填寫此表格將允許 Ambetter of Illinois（i）為特定目的使用您的健康資訊，及/或（ii）與您在此表格上識別的個人或實體共用您的健康資訊。
- 使用或共用您的健康資訊無需獲得許可。如果您未提交此表格，您在 Ambetter of Illinois 的服務與福利將不會改變。
- 如果您想取消此授權表，請寄送書面申請至本頁底部所列地址將其撤銷。您可以致電會員 ID 卡背面的會員服務部電話號碼索取撤銷表。
- Ambetter of Illinois 無法保證您允許我們與之共用您的健康資訊的個人或團體不會與他人共用。
- 請將所有填妥的表格保留一份。如果你需要，我們可以寄送副本給您。
- 如果您需要協助，請撥打會員 ID 卡背面的號碼致電客戶服務部。
- 填妥本表格的所有資訊。填妥後，請將表格及任何佐證文件郵寄至

Ambetter of Illinois
ATTN: Compliance Department
PO Box 733
Elk Grove Village, IL 60009-0733

Aviso al (la) afiliado(a):

- Al llenar este formulario, usted autoriza a Ambetter of Illinois 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 of Illinois 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 of Illinois 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 of Illinois
ATTN: Compliance Department
PO Box 733
Elk Grove Village, IL 60009-0733

請仔細閱讀說明並填寫以下表格。
恕不接受未填妥的表格。

1 會員資訊：

會員姓名（*正楷*）：_____

會員出生日期：_____會員 ID 編號：_____

2 我同意 AMBETTER OF ILLINOIS 就指定目的使用我的健康資訊，或將我的健康資訊與下列個人或團體共用。
本授權的目的為（*勾選一個下列選項*）：

☐ 允許 Ambetter of Illinois 協助我安排福利與服務, **或**

☐ 允許 Ambetter of Illinois 就 _____ 使用或共用我的健康資訊

3 接收資訊的個人或團體（*在下一頁新增更多個人或團體*）：

名稱（個人或團體）：_____

地址：_____

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

4 我授權 AMBETTER OF ILLINOIS 使用或共用以下健康資訊
（*註：選擇第一則聲明發佈所有健康資訊，或選擇以下聲明僅發佈部分健康資訊。**無法同時選取兩項。***）

☐ **所有我的健康資訊包括：**
基因資訊、服務或檢測結果; HIV/AIDS 資料及記錄; 心理健康資料及記錄（但不包括心理治療記錄）; 處方藥/用藥資料及記錄; 以及藥物與酒精資料及記錄（請說明可能揭露的任何物質使用障礙資訊）;

或者

☐ **所有我的健康資訊，除了**（*僅勾選以下適用方塊*）：
- ☐ 基因資訊、服務或檢測
- ☐ AIDS 或 HIV 資料及記錄
- ☐ 藥物與酒精資料及記錄
- ☐ 心理健康資料及記錄（但不包括心理治療記錄）
- ☐ 處方藥/用藥資料及記錄
- ☐ 其他：_____

5 此授權在此日期/事件結束： _____
此授權終止日期，除非取消。如果此欄位空白，則授權從以下簽名日期起一年到期。

---

6 會員或法定代理人簽名：_____

日期：_____

如果是法定代理人—與會員的關係：_____
*如果您是會員的法定或個人代理人，**務必將相關表格的副本寄送給我們**，例如授權委託書或監護令。*

將填妥的授權表及任何佐證文件郵寄至
Ambetter of Illinois, ATTN: COMPLIANCE DEPARTMENT
PO Box 733, Elk Grove Village, IL 60009-0733

接收資訊的其他個人或團體：

註：如果您同意向接收者揭露任何物質使用障礙記錄，而接收者既非第三方付款人，亦非您自治療提供者（如醫療保險交易所或研究機構）接受服務的醫療保健提供者、設施或計劃（下稱「接收者實體」），則您必須說明您在該接受者實體自治療提供者服務接受服務的個人姓名或實體名稱，或者簡單聲明您的物質使用障礙記錄可向您目前或未來在該接受者實體的治療提供者揭露。

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：(　　)_____-_____