


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。

填写此表格如需帮助，请参阅第 2 页的须知或致电您计划的会员服务部。

健康计划徽标	健康计划名称	会员服务部
	Ambetter from Absolute Total Care (商城)	1-833-270-5443 (TTY: 711)

1 会员信息：
会员姓名（正楷书写）： _____
地址： _____
城市： _____ 州： _____ 邮政编码： _____ 电话： (_____) _____ - _____
会员出生日期： _____ 会员 ID 号： _____

2 本人许可 **AMBETTER FROM ABSOLUTE TOTAL CARE** 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 Absolute Total Care 帮助我处理福利和服务 **或**
 允许 Ambetter from Absolute Total Care 出于以下目的使用或分享我的健康信息 _____

3 接收信息的个人或团体： _____
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 ABSOLUTE TOTAL CARE** 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，或选择第二个声明以仅披露部分健康信息。）
仅勾选下列一个方框。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
 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： _____

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。

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 Rd., Tucson, AZ 85705

健康信息使用和披露授权书

会员须知：

- 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: Compliance Department
333 E. Wetmore Rd
Tucson, AZ 85705

填写此表格如需帮助，请致电下列您计划的会员服务部。

健康计划徽标	健康计划名称	会员服务部
	Ambetter from Absolute Total Care (商城)	1-833-270-5443 (TTY: 711)

- 填写完本授权书后，Ambetter from Absolute Total Care 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 Absolute Total Care 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。您可以拨打上述电话号码或您会员 ID 卡背面的电话号码与您计划的会员服务部联系，以获得撤销申请表。
- 如果您想取消本授权书，除非：(a) 公司已根据本授权书采取行动；(b) 授权书是作为获得保险承保的条件而获得的，且其他法律规定保险人有权对保单或保单本身项下的索赔提出异议，否则，请按照本页底部的地址向我们发出书面撤销申请。您可以拨打上述电话号码或您会员 ID 卡背面的电话号码与您计划的会员服务部联系，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 Absolute Total Care 无法保证他们将不会与他人分享您的健康信息，并且不再受到 45 C.F.R. 第 164 部分的保护。
- 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。
- 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。您可以拨打上述电话或会员 ID 卡背面的会员服务电话索取。
- 如果您需要帮助，请拨打上述电话号码或会员 ID 卡背面的电话号码与您计划的会员服务部联系。