

請仔細閱讀說明並填寫下方表格。未填妥的表格將不予接受。

填寫此表格如需協助，請參閱第 2 頁的須知或致電您計畫的保戶服務部。

健康計畫 LOGO	健康計畫名稱	保戶服務部
	Ambetter from Absolute Total Care (商城)	1-833-270-5443 (TTY: 711)

1

保戶資訊：

保戶姓名（正楷）：_____

地址：_____

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

保戶出生日期：_____ 保戶 ID 號碼：_____

2

本人授權 **AMBETTER FROM ABSOLUTE TOTAL CARE**，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。

授權的目的是（請勾選以下選項之一）：

- 允許 Ambetter from Absolute Total Care 協助我處理福利與服務 **或**
- 允許 Ambetter from Absolute Total Care 出於以下目的使用或分享我的健康資訊_____

3

接收資訊的個人或團體：

名稱（人士或團體）：_____

地址：_____

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

4

本人授權 **AMBETTER FROM ABSOLUTE TOTAL CARE** 使用或分享下列健康資訊（註：請選擇第一個聲明以披露所有健康資訊，或選擇第二個聲明以僅披露部分健康資訊。）

僅勾選下列一個方框。不得同時選擇兩個選項。

- 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：_____

5

本次授權終止的日期/事件：_____

請註明本次授權終止的日期，取消除外。如果不填寫此欄位，則授權將自下方簽名日期起一年後到期。

6

保戶或法定代表簽名：_____

日期：_____

如果是法定代表 - 與保戶的關係：_____

如果您是保戶的法定或個人代表，您必須將相關表格的副本寄送給我們，例如授權書或監護令。

請將填妥的授權書和任何佐證文件郵寄至

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

健康資訊使用與披露授權書

保戶須知：

- 請填寫本授權書上的所有資訊。完成後，請將本授權書和任何佐證文件郵寄至：

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

填寫此表格如需協助，請致電下列您計畫的保戶服務部。

健康計畫 LOGO	健康計畫名稱	保戶服務部
	Ambetter from Absolute Total Care (商城)	1-833-270-5443 (TTY: 711)

- 填寫本授權書將允許 Ambetter from Absolute Total Care (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。
- 您無需授予許可即可使用或分享您的健康資訊。若您未提交本授權書，您在 Ambetter from Absolute Total Care 的服務與福利並不會變更。如果您想要取消本授權書，請透過本頁面底部的地址將書面撤銷申請寄送給我們。您可以撥打上述電話號碼或您保戶 ID 卡背面的電話號碼與您計畫的保戶服務部聯絡，以獲得撤銷申請表。
- 如果您想取消本授權書，除非：(a) 公司已根據本授權書採取行動；(b) 授權書是作為獲得保險承保的條件而獲得的，且其他法律規定保險人有權對保單或保單本身項下的理賠提出異議，否則，請按照本頁底部的地址向我們發出書面撤銷申請。您可以撥打上述電話號碼或您保戶 ID 卡背面的電話號碼與您計畫的保戶服務部聯絡，以獲得撤銷申請表。
- 對於您允許我們分享您健康資訊的人士或團體，Ambetter from Absolute Total Care 無法保證他們將不會與他人分享您的健康資訊，並且不再受到 45 C.F.R. 第 164 部分的保護。
- 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。
- 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。您可以撥打上述電話號碼或您保戶 ID 卡背面的電話號碼與您計畫的保戶服務部索取。
- 如果您需要協助，請透過上述電話號碼或保戶 ID 卡背面的電話號碼與您計畫的保戶服務部聯絡。