



HIPAA 授權書
披露受保護的健康資訊

A 部分：個人授權使用和/或披露

會員姓名： _____

會員卡號： _____

地址： _____

出生日期： _____

電話號碼： _____

B 部分：授權使用和/或披露

將要使用和/或披露的受保護健康資訊（PHI）： {Specifically describe the PHI to be used and/or disclosed; and include dates of service, provider names, etc.}

【 檢查此授權是否用於心理治療記錄。

如果此授權是用於心理治療記錄的，您不得將其用作其他任何類型受保護健康資訊（PHI）的授權。

授權使用或披露的實體或個人{Name or specifically describe the persons and/or organizations (or the classes of persons and/or organizations), including CHPC, who are authorized to make use of and/or to disclose the PHI described above}

【x 加州中心健保計畫（CHPC）

授權接收的實體或個人{Name or specifically identify the persons and/or organizations (or the classes of persons and/or organizations), including CHPC, who

are authorized to receive, and subsequently use and/or disclose the PHI described above}

{Please choose only one box}

【】 CHPC 有權公開關於愛滋病/愛滋病毒和其他傳染病的會員資訊；心理健康資訊（包括行為健康和精神病護理）；酒精/藥物濫用治療；基因檢測資訊。

【】 CHPC 無權公開關於愛滋病/愛滋病毒和其他傳染病的會員資訊；心理健康資訊（包括行為健康和精神病護理）；酒精/藥物濫用治療；基因檢測資訊。

本授權的目的：**{Please select all that apply}**

【】 應 CHPC 會員的請求

【】 幫助協調會員的醫療保健

【】 出於承保或支付原因

【】 我代表會員做出健康決策

【】 會員去世，我負責管理資產

【】 其他（請注明）：_____

C 部分：授權失效和撤銷

授權失效日期

此授權將於以下時間到期：**{Please choose only one box}**

【】 從我簽名之日起12個月內**或者**

【】 在以下日期或事件（必須與個人或授權使用和/或披露的目的相關）：**{Please specify}**

我，即會員（或代表會員行事的人），已充分閱讀並考慮了本授權書的內容，並且我明白，通過簽署本授權書，我確認我授權使用和/或披露本授權書中所述的我的受保護健康資訊。我，即會員（或代表會員行事的人），同意以下內容：

- **撤銷權：** 如果我想在授權書到期前取消授權，我必須按下列地址向CHPC提交書面通知。我明白，在我書面取消之前披露的資訊是應我的請求並經我同意而披露的。
- **重新披露的可能性：** 我明白，本授權書所披露的資料可能會被接收資料的人士再次披露，並且不再受聯邦或州法律隱私要求的保護。CHPC 及其附屬機構、雇員和官員對重新披露本授權書上的資訊不承擔任何法律責任。

- **享受福利的資格不受影響：**我明白，我不必簽署此授權書，我不簽署本授權書的決定不會影響享受福利、治療或付款的資格。我明白，在某些情況下，CHPC 和 / 或其合約醫療服務提供者可能會就與本授權書無關的目的要求另行授權。

會員簽名

日期

會員的印刷體姓名

如果本授權書由個人代表簽署，即具有代表個人行事的**法定授權人**，請填寫以下內容：

個人代表姓名

日期

個人代表簽名

與會員的關係

請將本授權書發送至：

Central Health Plan of California
Attention Member Services
PO Box 14244
Orange, CA 92863

如果您有任何問題或意見，請致電1-866-314-2427聯繫中心健保計畫。
在您簽字後，您有權獲得本授權書的副本。

生效日期：2023年3月

加州中心健保計畫普通會員授權書的填寫說明

A部分：個人授權使用和/或披露

請完整填寫本部分的所有資訊，包括您身份證上的全名和會員卡號、您的當前位址以及您的聯繫電話。

B部分：授權使用和/或披露

- 要使用和/或披露的受保護健康資訊 (PHI)： 填入您希望使用或披露的特定受保護健康資訊。例如，如果您希望向代表您的協力廠商披露您的索賠處理、索賠支付和註冊資訊，您可能希望在這些空白處填入以下敘述：**“有關索賠支付、拒保、待處理索賠狀態、帳單狀態的所有資訊或代表我回復正常客戶服務查詢所需的任何其他資訊。”**
- 如果檢查了心理治療記錄，任何其他使用和披露授權將無效。
- 授權使用或披露以下資訊的實體或個人： 本授權書授權加州中心健保計畫向代表您的另一名協力廠商披露此資訊。如果您還授權加州中心健保計畫以外的其他方披露此資訊，請在這些空白處填入其他方的具體名稱。
- 授權接收以下資訊的實體或個人： 請填入您授權訪問您的PHI並代表您行事的個人或組織的名稱。例如，如果您授權您的配偶或任何其他個人代表您行事，請在這些空白處填入他/她的姓名。如果您授權某個組織（如經紀人、顧問或貴公司的人力資源部門）代表您行事，請在以下空白處填入該組織的具體名稱：示例：**“ABC經紀人”或“XYZ公司人力資源部”**

這些只是示例條目。請填入您授權接收PHI並代表您行事的個人或組織的真實姓名。

- 本授權的目的： 本節有兩個選項。請根據以下說明填寫僅其中一項內容：

如果您勾選了“應個人要求”選項，則表示您授權您在上一項中指定的個人或組織接收您的 PHI，並出於 HIPAA 隱私規則允許的任何目的代表您行事，包括索賠狀態和付款查詢、上訴、保費付款查詢及其他保單服務目的。建議勾選此選項，因為這將為您的授權代表和加州中心健保計畫會員服務提供最大的便利，以便共同回應和解決您的保單服務問題和需求。如果您勾選此選項，則無需在此部分填入更多內容。

如果您勾選“用於以下目的”選項，您必須在空白處填入授權的具體目的。例如，如果您僅希望您授權的個人或組織接收您的受保護健康資訊並代表您處理索賠上訴，您應填入“對索賠裁定提出上訴”或者類似內容。如果您只希望他們能夠代表您檢查索賠處理或付款狀態，您可以該選項中填入“檢查索賠處理或付款狀態”。

如果您勾選此選項，您需要知道加州中心健保計畫只能與您的授權代表討論與您指定的目的相關的資訊，而不能討論其他資訊。

C部分：授權失效和撤銷

- **到期：**本節有兩個選項。請根據以下說明填寫僅其中一項內容：

如果您希望授權在某個日期失效，請勾選第一個選項，並按指定的月、日和年順序填入該日期（例如：12/31/2004）。如果您在此處填入日期，則無需在此部分填入更多內容。

如果您希望授權在未來某個事件發生時失效，請在為此選項提供的空白處填入該事件。例如“當我的加州中心健保計畫結束時。”

D部分：個人簽名

請在第一個空白處列印您的名字，然後在所提供的空白處簽名並注明日期。如果您的法定代表或監護人代表您簽署本授權書，您的法定代表或監護人必須在本授權書上列印姓名、簽名並注明日期，並在空白處注明他/她與您的關係。

請保留一份此授權書的副本以供記錄。