

健康資訊使用與披露授權書

Notice to Member:

- Completing this form will allow Ambetter from Arkansas Health & Wellness to (i) use your health information for a particular purpose, and/or (ii) share your health information with the individual or entity that you identify on this form.
- You do not have to give permission to use or share your health information. Your services and benefits with Ambetter from Arkansas Health & Wellness will not change if you do not submit this form.
- If you want to cancel this authorization form, send us a written request to revoke it at the address on the bottom of this page. A revocation form can be provided to you by calling Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Ambetter from Arkansas Health & Wellness cannot promise that the person or group you allow us to share your health information with will not share it with someone else.
- Keep a copy of all completed forms that you send to us. We can send you copies if you need them.
- If you need help, contact Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Fill in all the information on this form. When finished, mail the form and any supporting documentation to

Ambetter from Arkansas Health & Wellness

ATTN: Compliance Department

P.O. Box 25538

Little Rock, AR 72221

保戶須知：

- 填寫本授權書將允許Ambetter from Arkansas Health & Wellness (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 Arkansas Health & Wellness 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。您可以撥打您保戶 ID 卡背面的電話號碼與保戶服務部聯絡，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 Arkansas Health & Wellness無法保證他們將不會與他人分享您的健康資訊。
- 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。
- 如果您需要協助，請透過保戶ID卡背面的電話號碼與保戶服務部聯絡。
- 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 from Arkansas Health & Wellness

ATTN: Compliance Department

P.O. Box 25538

Little Rock, AR 72221

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。

1 保戶資訊：

保戶姓名（正楷）：_____

保戶出生日期：_____ 保戶ID號碼：_____

2 本人授權AMBETTER FROM ARKANSAS HEALTH & WELLNESS，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。授權的目的為（請勾選下列其中一個選項）：

允許Ambetter from Arkansas Health & Wellness協助我處理福利與服務，或

允許Ambetter from Arkansas Health & Wellness出於以下目的使用或分享我的健康資訊：_____

3 接收資訊的人士或團體（請在下一頁新增更多人士或團體）：

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 ARKANSAS HEALTH & WELLNESS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，或選擇下方的聲明以僅披露部分健康資訊。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：_____

若為法定代表，請填寫與保戶的關係：_____

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，例如委託書或監護令。

請將填妥的授權書和任何佐證文件郵寄至

Ambetter from Arkansas Health & Wellness, ATTN: COMPLIANCE DEPARTMENT
P.O. Box 25538 Little Rock, AR 72221

接收資訊的其他個人或團體：

註：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。

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：() -