

# 使用和透露健康 資訊授權表



## 會員請注意：

- 填寫本申請表就會允許 Health Net of California, Inc. 和 (或) Health Net Life Insurance Company (以上合稱 Health Net<sup>1</sup>) 可 (i) 基於特定目的使用您的健康資訊，和 (或) (ii) 與您在本表格上指名的個人或實體分享您的健康資訊。
- 您不一定要簽署本表格或允許使用或分享您的健康資訊。如果您不簽署本表格，您在 Health Net 享有的服務和福利不會有任何改變。
- 有權取消 (撤銷)：本授權 / 同意表可隨時撤銷，但 Health Net 或其他合法持有您健康資訊的單位已根據本表格許可分享而採取的行動則不在撤銷之列。如果您想取消本授權表，請填寫第 3 頁的撤銷表，然後郵寄到該頁最下面所列的地址。
- Health Net 不能承諾您允許與其分享您健康資訊的個人或團體不會再與其他人分享您的健康資訊。
- 只要您將填寫完整的表格寄給我們時都請留存複本。如有需要，我們可以郵寄複本給您。
- 填寫本表格上的所有資訊。填寫完畢時，請郵寄到第 2 頁最下面所列的地址。

## 會員資訊

會員姓名 (請以正楷填寫)：

會員出生日期：  
/ /

會員卡號碼：

**我允許 HEALTH NET 基於指定目的使用我的健康資訊，或與下列指名的個人或團體分享我的健康資訊。授權的目的是：**

- 允許 Health Net 提供我福利和服務方面的協助，或  
 允許 Health Net 使用或分享我的健康資訊，用於 \_\_\_\_\_。

## 可收受資訊的個人或團體 (第 2 頁可填寫更多個人或團體)

個人姓名或團體名稱：

地址：

城市：

州：

郵遞區號：

電話：  
( ) -

## 我授權 Health Net 使用或分享以下健康資訊：

- 所有我的健康資訊 (包括基因資訊、服務或檢測結果；HIV/AIDS 資料和紀錄；精神健康資料和紀錄 (但不包括心理治療紀錄)；處方藥資料和紀錄；以及毒品和酒精資料和紀錄 (請指明可透露的任何物質使用失調資訊)：**

\_\_\_\_\_ )；或

- 所有我的健康資訊，但以下例外 (勾選所有適用的方框)：**

- 基因資訊、服務或檢測  
 HIV/AIDS 資料和紀錄  
 毒品和酒精資料和紀錄  
 精神健康資料和紀錄 (但不包括心理治療紀錄)  
 處方藥資料和紀錄  
 其他： \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Health Net of California, Inc. • Managed Health Network, LLC 和 Health Net Life Insurance Company 是 Health Net, Inc. 和 Centene Corporation 的子公司。Health Net 是 Health Net, Inc. 的註冊服務標章。所有其他標示的商標 / 服務標章均為其各自公司的財產。保留所有權利。

## 授權期限

本授權表到期日期為 / / (月 / 日 / 年); 驗證效期最多一年。如果未填寫日期, 本授權表將於一年後到期。

會員簽名 (會員或法定代表在此簽名):

日期:

/ /

如果您為會員簽署, 請在下方說明您與會員的關係。如果您是會員的個人代表, 請於下方說明並寄送相關表格複本 (例如委託授權書或監護權命令) 給我們。

## 更多可收受資訊的個人或實體

**備註:** 如果您同意將任何物質使用失調紀錄透露給第三方付款人或您接受服務的診療服務提供者所在的醫療保健服務提供者、機構或方案以外的收受人, 例如健康保險交易所或研究機構 (下稱「收受實體」), 您必須指明您在收受實體接受其服務的診療服務提供者之個人姓名或實體名稱, 或直接陳述您的物質使用失調紀錄可透露給您目前和未來在該收受實體的診療服務提供者。

個人姓名或實體名稱:

地址:

城市:

州:

郵遞區號:

電話:

( ) -

個人姓名或實體名稱:

地址:

城市:

州:

郵遞區號:

電話:

( ) -

個人姓名或實體名稱:

地址:

城市:

州:

郵遞區號:

電話:

( ) -

### 請將填妥的表格郵寄到:

Health Net Privacy Office, PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

電話: 1-800-522-0088, 傳真: 818-676-8314

# 撤銷使用和 (或) 透露健康資訊授權表



我想取消或撤銷我之前允許 Health Net 基於特定目的使用我的健康資訊或與個人或團體分享我健康資訊的許可：

之前收受資訊的個人或團體			
個人姓名或團體名稱：			
地址：			
城市：	州：	郵遞區號：	電話： (        )        -
授權表簽名日期 (若知道)： /       /			
會員資訊			
會員姓名 (請以正楷填寫)：			
會員出生日期： /       /	會員編號：		
我瞭解，我的健康資訊 (適用的話，包括我的物質使用失調紀錄) 可能因為我之前的許可而已經使用或與人分享。我也瞭解，本次取消只適用我允許基於特定目的使用我的健康資訊或與個人或團體分享我健康資訊的許可，不會取消任何其他我已簽署可基於其他目的使用健康資訊或與其他個人或團體分享健康資訊的授權表。			
會員簽名 (會員或法定代表在此簽名)：		日期： /       /	
如果您為會員簽署，請在下方說明您與會員的關係。如果您是會員的個人代表，請於下方說明並寄送相關表格複本 (例如委託授權書或監護權命令) 給我們。			

Health Net 收到本表格並處理完畢後，就會停止使用或分享您的健康資訊。請使用下方的郵寄地址。您也能撥打下方的電話號碼要求協助。

## Health Net Privacy Office

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

電話：1-800-522-0088，傳真：818-676-8314

## 不歧視通知

除了 California 州的不歧視規定 (如福利承保範圍文件所說明)，Health Net of California, Inc. 和 Health Net Life Insurance Company (Health Net) 也遵守適用之聯邦民權法律，不因種族、膚色、原始國籍、血統、宗教、婚姻狀態、性別、性別認同、性向、年齡或殘疾而歧視或排除任何人或給予差別待遇。

### Health Net：

- 為殘疾人士提供免費協助和服務，例如合格手語翻譯員和其他形式的書面資訊 (大字體、無障礙電子格式、其他形式)，以便與我們有效地溝通。
- 為主要語言不是英文的民眾提供免費語言服務，例如合格口譯員和其他語言版本的書面資訊。

如果您需要相關服務，請聯絡 Health Net 的客戶聯絡中心，電話：

**透過 Exchange/Covered California 投保的個人與家庭計畫 (IFP) 會員** 1-888-926-4988 (聽障專線：711)

**不是透過 Exchange 投保的個人與家庭計畫 (IFP) 會員** 1-800-839-2172 (聽障專線：711)

**個人與家庭計畫 (IFP) 申請人** 1-877-609-8711 (聽障專線：711)

**透過 Health Net 投保的團體計畫** 1-800-522-0088 (聽障專線：711)

如果您認為 Health Net 沒有提供這些服務或因為以上所列的任何特徵而有其他方式的歧視，您可撥打以上 Health Net 客戶聯絡中心電話提出申訴並告訴服務人員您需要協助提出申訴。Health Net 的客戶聯絡中心可協助您提出申訴。您也可以透過郵寄、傳真或電子郵件提出申訴：

Health Net of California, Inc./Health Net Life Insurance Company Appeals & Grievances

PO Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348

傳真：1-877-831-6019

電子郵件：Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (會員) 或

Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (申請人)

HMO、HSP、EOA 和 POS 計畫透過 Health Net of California, Inc. 提供。如果您的健康問題緊急、如果您已向 Health Net of California, Inc. 提出投訴但對決定不滿意或從您向 Health Net of California, Inc. 提出投訴起已經超過 30 天，您可以向 Department of Managed Health Care (DMHC) 提交獨立醫療審查 / 投訴表。您可以撥打 DMHC 服務電話 1-888-466-2219 (聽障專線：1-877-688-9891) 或上網 [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint) 提出投訴。

PPO 和 EPO 計畫由 Health Net Life Insurance Company 核保。您可以向 California Department of Insurance 提出投訴，請致電 1-800-927-4357 或上網 <https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm>。

如果您認為自己因為種族、膚色、原始國籍、年齡、殘疾或性別而遭到歧視，您也可以向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR) 提出民權投訴，請透過 OCR 投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 或郵寄或致電：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201；電話 1-800-368-1019 (聽障專線：1-800-537-7697)。

投訴表可在網站取得，網址 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

## English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call the Customer Contact Center at the number on your ID card or call Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). For California marketplace, call IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) or Small Business 1-888-926-5133 (TTY: 711). For Group Plans through Health Net, call 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## Arabic

خدمات لغوية مجانية. يمكننا أن نوفر لك مترجم فوري. ويمكننا أن نقرأ لك الوثائق بلغتك. للحصول على المساعدة اللازمة، يرجى التواصل مع مركز خدمة العملاء عبر الرقم المبين على بطاقتك أو الاتصال بالرقم الفرعي لخطة الأفراد والعائلة: (TTY: 711) 1-800-839-2172. للتواصل في كاليفورنيا، يرجى الاتصال بالرقم الفرعي لخطة الأفراد والعائلة عبر الرقم: (TTY: 711) 1-888-926-4988 أو المشروعات الصغيرة (TTY: 711) 1-888-926-5133. لخطط المجموعة عبر Health Net، يرجى الاتصال بالرقم (TTY: 711) 1-800-522-0088.

## Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեր լեզվով: Օգնության համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange՝ 1-800-839-2172 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Կալիֆոռնիայի համար զանգահարեք IFP On Exchange՝ 1-888-926-4988 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ Փոքր բիզնեսի համար՝ 1-888-926-5133 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Health Net-ի Խմբային ծրագրերի համար զանգահարեք 1-800-522-0088 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):

## Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員服務。您可請人將文件唸給您聽並請我們將某些文件翻譯成您的語言寄給您。如需協助，請撥打您會員卡上的電話號碼與客戶聯絡中心聯絡或者撥打健康保險交易市場外的 Individual & Family Plan (IFP) 專線：1-800-839-2172（聽障專線：711）。如為加州保險交易市場，請撥打健康保險交易市場的 IFP 專線 1-888-926-4988（聽障專線：711），小型企業則請撥打 1-888-926-5133（聽障專線：711）。如為透過 Health Net 取得的團保計畫，請撥打 1-800-522-0088（聽障專線：711）。

## Hindi

बिना शुल्क भाषा सेवाएं। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। मदद के लिए, अपने आईडी कार्ड में दिए गए नंबर पर ग्राहक सेवा केंद्र को कॉल करें या व्यक्तिगत और फैमिली प्लान (आईएफपी) ऑफ एक्सचेंज: 1-800-839-2172 (TTY: 711) पर कॉल करें। कैलिफोर्निया बाजारों के लिए, आईएफपी ऑन एक्सचेंज 1-888-926-4988 (TTY: 711) या स्मॉल बिजनेस 1-888-926-5133 (TTY: 711) पर कॉल करें। हेल्थ नेट के माध्यम से ग्रुप प्लान के लिए 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें।

## Hmong

Tsis Muaj Tus Nqi Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem tau txais ib tus kws pab txhais lus. Koj tuaj yeem muaj ib tus neeg nyeem cov ntaub ntawv rau koj ua koj hom lus hais. Txhawm rau pab, hu xovtooj rau Neeg Qhua Lub Chaw Tiv Toj ntawm tus npawb nyob ntawm koj daim npav ID lossis hu rau Tus Neeg thiab Tsev Neeg Qhov Kev Npaj (IFP) Ntawm Kev Sib Hloov Pauv: 1-800-839-2172 (TTY: 711). Rau California qhov chaw kiab khw, hu rau IFP Ntawm Qhov Sib Hloov Pauv 1-888-926-4988 (TTY: 711) lossis Lag Luam Me 1-888-926-5133 (TTY: 711). Rau Cov Pab Pawg Chaw Npaj Kho Mob hla Health Net, hu rau 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## Japanese

無料の言語サービスを提供しております。通訳者もご利用いただけます。日本語で文書をお読みすることも可能です。ヘルプが必要な場合は、IDカードに記載されている番号で顧客連絡センターまでお問い合わせいただくか、Individual & Family Plan (IFP) (個人・家族向けプラン) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711) までお電話ください。カリフォルニア州のマーケットプレイスについては、IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) または Small Business 1-888-926-5133 (TTY: 711) までお電話ください。Health Netによるグループプランについては、1-800-522-0088 (TTY: 711) までお電話ください。

**Khmer**

សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យលោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជនតាមលេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក ឬហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធី Off Exchange របស់គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ (IFP) តាមរយៈលេខ៖ 1-800-839-2172 (TTY: 711)។ សម្រាប់ទីផ្សាររដ្ឋ California សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធី On Exchange របស់គម្រោង IFP តាមរយៈលេខ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ឬក្រុមហ៊ុនអាជីវកម្មខ្នាតតូចតាមរយៈលេខ 1-888-926-5133 (TTY: 711)។ សម្រាប់គម្រោងជាក្រុមតាមរយៈ Health Net សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-522-0088 (TTY: 711)។

**Korean**

무료 언어 서비스입니다. 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있으며 일부 서비스는 귀하가 구사하는 언어로 제공됩니다. 도움이 필요하시면 ID 카드에 수록된 번호로 고객센터 센터에 연락하시거나 개인 및 가족 플랜(IFP)의 경우 Off Exchange: 1-800-839-2172(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 캘리포니아 주 마켓플레이스의 경우 IFP On Exchange 1-888-926-4988(TTY: 711), 소규모 비즈니스의 경우 1-888-926-5133(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. Health Net을 통한 그룹 플랜의 경우 1-800-522-0088(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

**Navajo**

Doo bą́ąh ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádídóót'ííł. Naaltsoos da t'áá shí shizaad k'ehjí shichí' yídooltah nínízingo t'áá ná ákódoolnííł. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo Customer Contact Center hoolyéhíjí' hodíílnih ninaaltsoos nanítingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí' bikáá' éí doodago kojí' hólne' Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). California marketplace báhígíí kojí' hólne' IFP On Exchange 1-888- 926-4988 (TTY: 711) éí doodago Small Business báhígíí kojí' hólne' 1-888-926-5133 (TTY: 711). Group Plans through Health Net báhígíí éí kojí' hólne' 1-800-522-0088 (TTY: 711).

**Persian (Farsi)**

خدمات زبان بدون هزینه. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید اسناد به زبان شما برایتان خوانده شوند. دریافت کمک، با مرکز تماس مشتریان به شماره روی کارت شناسایی یا طرح فردی و خانوادگی (IFP) Off Exchange) به شماره: 1-800-839-2172 (TTY:711) تماس بگیرید. برای بازار کالیفرنیا، با IFP On Exchange شماره 1-888-926-4988 (TTY:711) یا کسب و کار کوچک 1-888-926-5133 (TTY:711) تماس بگیرید. برای طرح های گروهی از طریق Health Net، با 1-800-522-0088 (TTY:711) تماس بگیرید.

**Punjabi (Punjabi)**

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਔਫ ਐਕਚੇਂਜ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ: 1-800-839-2172 (TTY: 711)। ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਲਈ, IFP ਔਨ ਐਕਚੇਂਜ ਨੂੰ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ਜਾਂ ਸਮੇਲ ਬਿਜਨੇਸ ਨੂੰ 1-888-926-5133 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਰਾਹੀਂ ਸਾਮੂਹਿਕ ਪਲੈਨਾਂ ਲਈ, 1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Russian**

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь переводчика. Вам могут прочитать документы на Вашем родном языке. Если Вам нужна помощь, звоните по телефону Центра помощи клиентам, указанному на вашей карте участника плана. Вы также можете позвонить в отдел помощи участникам не представленных на федеральном рынке планов для частных лиц и семей (IFP) Off Exchange 1-800-839-2172 (TTY: 711). Участники планов от California marketplace: звоните в отдел помощи участникам представленных на федеральном рынке планов IFP (On Exchange) по телефону 1-888-926-4988 (TTY: 711) или в отдел планов для малого бизнеса (Small Business) по телефону 1-888-926-5133 (TTY: 711). Участники коллективных планов, предоставляемых через Health Net: звоните по телефону 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## **Spanish**

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete, obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación o llame al plan individual y familiar que no pertenece al Mercado de Seguros de Salud al 1-800-839-2172 (TTY: 711). Para planes del mercado de seguros de salud de California, llame al plan individual y familiar que pertenece al Mercado de Seguros de Salud al 1-888-926-4988 (TTY: 711); para los planes de pequeñas empresas, llame al 1-888-926-5133 (TTY: 711). Para planes grupales a través de Health Net, llame al 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## **Tagalog**

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo sa inyong wika. Para sa tulong, tumawag sa Customer Contact Center sa numerong nasa ID card ninyo o tumawag sa Off Exchange ng Planong Pang-indibidwal at Pampamilya (Individual & Family Plan, IFP): 1-800-839-2172 (TTY: 711). Para sa California marketplace, tumawag sa IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) o Maliliit na Negosyo 1-888-926-5133 (TTY: 711). Para sa mga Planong Pang-grupo sa pamamagitan ng Health Net, tumawag sa 1-800-522-0088 (TTY: 711).

## **Thai**

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้สามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ โทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ได้ที่หมายเลขบนบัตรประจำตัวของคุณ หรือโทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของเอกชน (Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange) ที่ 1-800-839-2172 (โหมด TTY: 711) สำหรับเขตแคลิฟอร์เนีย โทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของรัฐ (IFP On Exchange) ได้ที่ 1-888-926-4988 (โหมด TTY: 711) หรือ ฝ่ายธุรกิจขนาดเล็ก (Small Business) ที่ 1-888-926-5133 (โหมด TTY: 711) สำหรับแผนแบบกลุ่มผ่านทาง Health Net โทร 1-800-522-0088 (โหมด TTY: 711)

## **Vietnamese**

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, vui lòng gọi Trung Tâm Liên Lạc Khách Hàng theo số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi Chương Trình Bảo Hiểm Cá Nhân & Gia Đình (IFP) Phi Tập Trung: 1-800-839-2172 (TTY: 711). Đối với thị trường California, vui lòng gọi IFP Tập Trung 1-888-926-4988 (TTY: 711) hoặc Doanh Nghiệp Nhỏ 1-888-926-5133 (TTY: 711). Đối với các Chương Trình Bảo Hiểm Nhóm qua Health Net, vui lòng gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711).

CA Commercial On and Off-Exchange Member Notice of Language Assistance

FLY017549EH00 (12/17)