健康信息使用和披露授权书

会员须知：

- 填写完本授权书后，Ambetter Health 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。
- 您并非一定要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 Health 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。您可以拨打您会员 ID 卡背面的电话号码与会员服务部联系，以获得撤销申请表。
- 对于您允许我们与其分享您健康信息的个人或团体，Ambetter Health 无法保证他们将不会与他人分享您的健康信息。
- 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。
- 如果您需要帮助，请拨打会员 ID 卡背面的电话号码与会员服务部联系。
- 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证明文件邮寄至：

Ambetter Health
1850 W. Rio Salado Pkwy., Suite 211
Tempe, AZ 85281
Cc: Member Services

Notice to Member:

- Completing this form will allow Ambetter Health 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 Health 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 Health 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 Health
1850 W. Rio Salado Pkwy., Suite 211
Tempe, AZ 85281
Cc: Member Services

BHP_7675579_CHS_C
7781173_MO6CMPFRMMLT_M
©Centene Corporation 2026

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。

1 **会员信息：**

会员姓名（正楷）：_____

会员出生日期：_____ 会员 ID 号码：_____

2 **本人授权 Ambetter Health 为下述指定目的使用我的健康信息，或**
与下述指定的个人或团体共享我的健康信息。本授权书的目的是（*请在下方勾选一项*）：

☐ 允许 Ambetter Health 协助我处理我的福利和服务，或
☐ 允许 Ambetter Health 将我的健康信息用于

3 **接收信息的个人或团体**（*可在下一页添加更多个人或团体*）：

姓名（个人或团体）：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____ 电话：(_____) _____

4 **本人授权 Ambetter Health 使用或共享以下健康信息**（*注意：选择第一项声明即授权披露全部健康信息，或选择下方声明仅授权披露部分健康信息。**两者不可同时勾选。***）

☐ **我的全部健康信息，包括：**
基因信息、服务或检测结果；HIV/AIDS 数据和记录；心理健康数据和记录（但不包括心理治疗记录）；处方药/药物数据和记录；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

☐ **我的全部健康信息，但以下除外**（*仅勾选适用项*）：
☐ 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
☐ 心理健康数据和记录（但不包括心理治疗笔记）
☐ 处方药/用药数据和记录
☐ 其他：_____

5 **本授权书在以下日期/事件时终止：**_____
本授权书终止的日期，除非被取消。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：_____

如果为法定代理人，与会员关系：_____

*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。*

将填妥的授权书和任何证明文件邮寄至
Ambetter Health, ATTN: MEMBER SERVICES
1850 W. Rio Salado Pkwy., Suite 211 Tempe, AZ 85281

可接收信息的其他个人或团体：

注：如果您同意向既非第三方付款方，也非您接受治疗服务提供者诊疗的医疗保健提供者、机构或项目的接收方（例如健康保险交易所或研究机构，以下称“接收实体”）披露任何物质使用障碍记录，您必须注明您在该接收实体接受治疗服务提供者诊疗的某位个人的姓名或具体实体名称，或直接声明您的物质使用障碍记录可披露给该接收实体中为您提供当前及未来治疗服务的提供者。

姓名（个人或实体）：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____ 电话：(_____) _____

姓名（个人或实体）：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____ 电话：(_____) _____

姓名（个人或实体）：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____ 电话：(_____) _____

姓名（个人或实体）：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____ 电话：(_____) _____

姓名（个人或实体）：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____ 电话：(_____) _____

姓名（个人或实体）：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____ 电话：(_____) _____

姓名（个人或实体）：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____ 电话：(_____) _____

姓名（个人或实体）：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____ 电话：(_____) _____