健康資訊使用與披露授權書

保戶須知：

- 填寫本授權書將允許Ambetter Health (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。
- 您不一定要授權我們使用或分享您的健康資訊。若您未提交本授權書，您在Ambetter Health的服務與福利將不會變更。
- 如果您想要取消本授權書，請將書面撤銷申請寄送至本頁面底部的地址給我們。您可以致電您保戶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。
- Ambetter Health無法保證，您允許我們與其分享您健康資訊的人士或團體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 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_7675561_CHI_C
7781154_MO6CMPFRMMLT_M
©Centene Corporation 2026

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 Health基於已確認的目的使用本人的健康資訊，或與下列人士或團體分享本人的健康資訊。授權的目的是**（*請勾選下列其中一個選項*）：

☐ 允許Ambetter Health協助本人處理福利與服務；或
☐ 允許Ambetter Health使用或分享本人的健康資訊以用於

3 **接收資訊的人士或團體**（*如有其他人士或團體，請於下一頁填寫*）：

姓名／名稱（人士或團體）：_____

地址：_____

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

4 **本人授權Ambetter Health使用或分享下列健康資訊**（*注意：請選擇第一項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。***）

☐ **本人的所有健康資訊，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（但不包括心理治療記錄）；處方藥／藥物資料與記錄；以及藥物和酒精資料與記錄（請說明任何可以披露的物質使用障礙資訊）；

或

☐ **本人所有的健康資訊，以下除外**（*請僅勾選下方適用的方框*：
☐ 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（但不包括心理治療記錄）
☐ 處方藥／藥物資料與記錄
☐ 其他：_____

5 **本授權書在此日期／事件發生時終止：** _____
本授權書終止的日期（除非提前取消）。如果此欄位空白，本授權書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 - 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。*

請將填妥的授權書及任何佐證文件郵寄至
Ambetter Health, ATTN: MEMBER SERVICES
1850 W. Rio Salado Pkwy., Suite 211 Tempe, AZ 85281

其他接收資訊的個人或團體：

注意事項：如果您同意披露任何物質使用障礙記錄給某接收方，且接收方既不是第三方付款人，也不是您獲得治療服務提供者服務的健康照護服務提供者、機構或計畫，例如健康保險交易市場或研究機構（以下簡稱「接收方實體」），您必須列明您在該接收方實體透過治療服務提供者獲得服務時，為您提供服務之個人或實體的名稱或姓名，或者簡單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服務提供者。

姓名／名稱（個人或實體）：_____

地址：_____

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

姓名／名稱（個人或實體）：_____

地址：_____

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

姓名／名稱（個人或實體）：_____

地址：_____

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

姓名／名稱（個人或實體）：_____

地址：_____

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

姓名／名稱（個人或實體）：_____

地址：_____

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

姓名／名稱（個人或實體）：_____

地址：_____

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

姓名／名稱（個人或實體）：_____

地址：_____

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

姓名／名稱（個人或實體）：_____

地址：_____

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