



CALOPTIMA HEALTH 健康保險流通與責任法案 (HIPPA) 說明書 - 同意披露受保護健康資訊 (PHI)

A部分:會員資訊

本節適用於要求向其他人或組織披露其資訊的會員。請填寫本節中的所有資訊項目。

B 部分:可披露的資訊

本節告訴我們您希望我們披露哪些資訊。具體說明您授權可以披露的文件類型。例如,如果您授權他人申請與近期的醫療事件有關的 PHI,請說明就醫的日期、您想申請的文件類型(例如帳單、事先核准或藥房紀錄)以及列出表明有哪些您不希望提供的資料。請注意,某些資訊需要您選擇並簽署您的姓名首字母以批准披露該資訊,除非您簽署您的姓名首字母以批准披露,否則 CalOptima Health 不會披露該資訊。

如果 您 選 擇 披 露 其 他 資 訊 以 及 心 理 治 療 筆 記 , 則 必 須 另 行 提 交 一 份 的 心 理 治 療 筆 記 披 露 授 權 書 。 心 理 治 療 筆 記 是 記 錄 或 分 析 治 療 過 程 內 容 的 筆 記 。

C部分:授權目的

選擇您要求披露您的資訊的原因。如果您有具體原因,請填寫“其他”並註明原因。例如,如果您只希望您授權的個人或組織在待處理的理賠上訴中接收受保護的健康訊息,則您可以在該區塊中填寫“對理賠決定提出上訴”或類似內容。

D 部分:被授權接收資訊的人或組織

請填寫您授權可以取得您的 PHI 的人的姓名或組織的名稱。例如,如果您授權您的配偶或任何其他人可以取得您的 PHI,請在這些空格中填寫他/她的姓名。如果您授權某個組織(例如經紀人、律師事務所、保險機構等)取得您的 PHI,請在這些空格中填寫組織的具體名稱。例子包括:「John Smith醫生」或「Mary Doe(配偶)」。說明此人或組織與您的關係(例如配偶、成年子女等)並提供他們的電話號碼。



F 部分：授權的限期

您必須填寫授權的到期日期，或如果您希望授權在某個事件發生時到期，請寫出該事件，例如 “**自我簽名之日起一年後**”。

G 部分：簽名

如果您是會員，請簽署您的姓名並填寫您簽署表格的日期。請注意，為了處理您的申請，您的申請表中必須包含一份由政府簽發且帶有您簽名並帶照片的有效身份證件 (ID) 文件的影本。

如果您是會員的個人代表，請簽署您的姓名，填寫您簽名日期，並註明您與會員的關係。請注意，為了處理您的申請，您的申請表中必須包含一份由政府簽發且帶有您簽名並帶照片的有效身份證件 (ID) 文件的影本。您也必須向我們提供一份法律文件副本，以證明您是該會員的授權個人代表。

• 法律文件的舉例：

- **醫療授權書** — 這份文件讓您信任的人可以代表您行使法律權力，並替您做出醫療照護相關決定。
- **法定監護權** — 這是法院指定某人照顧另一個人的情況。
- **個人監護權** — 這是指法院指定一名負責任的人，為無法為他/她自己做出負責任決定的人做出決策。
- **遺產執行人** — 當所代表的人去世時，將使用此類文件。

請保留該表格的副本作為您的紀錄。