

# 受保護健康資訊透露授權表

我以本表授權 CareAllies®\*、其代理人或子公司可向本授權表中指定的個人或實體透露下述受保護健康資訊 (PHI)。

請注意：並非公開您 PHI 的每一種情況都需要本表格。例如，向下列個人公開資訊時即可能不需要本表格：

- ▶ 未成年人的父母或其他受撫養人的父母
- ▶ CareAllies 檔案記載的個人代表

只要上述人員順利通過來電者身分驗證流程，我們就會依其要求向他們透露您的特定 PHI。請於本表格工整填寫您的回答。**每一個部分都必須填妥，本授權表才會生效。**

## 1. 驗證

會員 / 計畫參加者的身分資訊：(以下資訊為身分驗證所需。)

其資訊要被透露的客戶姓名： \_\_\_\_\_

出生日期： \_\_\_\_\_

客戶地址： \_\_\_\_\_

電話號碼，以便我們在處理您的申請時若有必要可與您聯絡 (必填)： \_\_\_\_\_

社會安全號碼 (非必填)： \_\_\_\_\_ 客戶會員卡號碼 (若適用)： \_\_\_\_\_

會員卡上的團體號碼或帳戶號碼： \_\_\_\_\_

投保人姓名 (若非客戶本人)： \_\_\_\_\_

投保人的雇主： \_\_\_\_\_ 投保人與客戶的關係： \_\_\_\_\_

投保人的社會安全號碼 (若非客戶本人) (非必填)： \_\_\_\_\_

除上述承保之外，如果您還有其他承保，也請填妥下列資訊：

其他雇主姓名 / 名稱： \_\_\_\_\_

客戶會員卡號碼： \_\_\_\_\_ 會員卡上的團體號碼或帳戶號碼： \_\_\_\_\_

本申請是否適用所有承保？  是  否



## 2. 要公開資訊的說明

請勾選下方一個或多個方框，指出您希望公開哪些資訊。如果您希望只提供有限資訊（即特定服務日期、特定個案管理事宜等），請在提供的空白處指明。

- 理賠： \_\_\_\_\_
- 資格 / 福利： \_\_\_\_\_
- 病歷： \_\_\_\_\_
- 個案管理： \_\_\_\_\_
- 所有健康紀錄（包括上述所有項目）： \_\_\_\_\_
- 其他： \_\_\_\_\_

除非另外說明，否則我的授權應包括公開下列資訊：（如有您希望排除的任何項目，請劃掉這些項目）

- 酒精濫用和（或）藥物濫用或依賴的診斷和（或）治療
- 精神疾病的診斷和（或）治療
- HIV 抗體檢測結果和（或）AIDS 診斷和治療
- 基因檢測資訊

**Oklahoma 居民** – 授權公開的資訊可包括有關傳染病或性病的紀錄，其中可包括但不限於肝炎、梅毒、淋病和 HIV / AIDS 等疾病。此類資訊要公開時，您可受到 Oklahoma 州法令第 1-502.2 條提供的額外保護。

## 3. 獲得授權可接受資訊的實體或個人

姓名： \_\_\_\_\_ 公司（如適用）： \_\_\_\_\_

獲得授權可接受資訊的個人或公司的地址： \_\_\_\_\_

## 4. 此資訊公開的目的

- 應個人要求
- 其他（請說明） \_\_\_\_\_

如果未於本表格填寫到期日期，您的授權表將會在一年後到期，屆時將需提交新的授權表。

## 5. 授權期限

本授權表的有效期限至： \_\_\_\_\_（日期或事件）。

如果您指定的是某一事件而非特定日期，您必須在事件發生時提交一份撤銷表。

下列各州的客戶請注意：如果您居住在 **Arizona**、**California**、**Georgia**、**Illinois**、**Massachusetts**、**Montana** 或 **Minnesota**，您的授權有效期限不超過一年。**Virginia** 居民簽署的授權表有效期限不超過兩年。如果居住在上述各州的客戶希望其個人資訊透露授權表的效力可維持更長時間，其必須在本授權表到期時提交新的授權表。

## 請注意：

- › 依據本授權表而透露的資訊可能會被接受者再透露，且可能不再受到聯邦隱私法規的保障。
- › 如果本表格中的資訊不完整，CareAllies 就會將表格退回給您，而且要等 CareAllies 收到完整的資訊時才會審查本申請。
- › 如果您的客戶身分資訊或出生日期變更，需在變更當時填妥另一份表格。
- › 如果客戶或團體變更為 CareAllies 提供的另一種健康照護福利承保，便須填寫另一份表格。
- › 您可將書面申請寄至下列地址給 CareAllies 的中央健康保險可攜性及問責性法案 (HIPAA) 組，即可變更或撤銷本申請。
- › 提供治療、給付、投保或福利資格並非以您是否簽署本授權表為依據。

我已經閱讀並瞭解以上資訊。

我的簽名授權透露所述資訊。

## 6. 授權公開的客戶、個人代表、父母 / 監護人的簽名：

日期： \_\_\_\_\_

如果簽名者不是其資訊要被使用和透露的客戶本人，請指明關係： \_\_\_\_\_

- › 如果由個人代表提出申請，我們必須先取得該個人代表的權限證明文件，才算完成申請。
- › 如果是由父母 / 監護人提出申請，請填妥以下資訊：客戶是 \_\_\_\_\_ 歲的未成年人。如果您是代表未成年子女提出申請，我們可能會要求提供額外資訊，您才算完成申請。

**我們建議您保留您一份填妥表格的複本做為紀錄。CareAllies 將保留一份複本，在您索取時可提供給您。**

## 填妥本表格後請寄回至：

郵寄至： CareAllies PRIVACY OFFICE HIPAA UNIT,  
PO Box 188014,  
Chattanooga, TN 37422

傳真： 877.815.4827 或 859.410.2419



「CareAllies」是 Cigna Intellectual Property, Inc. 的註冊服務標章，授權由 Cigna Corporation 和其營運子公司使用。所有產品和服務均完全由這些營運子公司而非由 Cigna Corporation 提供。這些營運子公司包括 International Rehabilitation Associates, Inc. (Intracorp)、Evernorth Care Solutions Inc.、Evernorth Behavioral Health, Inc. 和 vielife Limited。所有人物均僅為示例目的。