

健康信息公开授权

会员姓名 / 授权访问者 _____

出生日期 ____ / ____ / ____ 会员或投保人编号 _____
 月月 日日 年年年年

会员的街道地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

本人了解并同意：

- 这是自愿授权。
- 本人的健康信息可能包含由其它个人或实体(包括健康护理提供者)创建的信息,并且可能包括医疗、药房、牙科护理、视觉护理、精神健康、物质滥用、人类免疫缺乏病毒/爱滋病(HIV/AIDS)、心理治疗、生殖、传染病和健康护理计划信息。
- 如果本人不签署此表格,不会因而拒绝为本人提供治疗,拒绝为本人支付健康护理服务费用,或拒绝本人参加注册或获取健康护理福利的资格。
- 本人的健康信息可能会由接收者再公开,而且如果接收者不是健保计划或健康护理提供者,相关信息可能不再受联邦隐私法规保护。
- 此授权将于本人签署授权表之日起一年到期。本人可随时以书面方式通知 EmblemHealth 和联合健康保险及其关联机构撤销此授权;不过,撤销行为不会影响在收到和处理本人的撤销申请日之前已采取的任何行动。

谁可能会接收和公开本人的信息：

本人授权 EmblemHealth 和联合健康保险及其关联机构从以下个人或组织接收或向其公开本人的个人识别健康信息：

个人或组织全名 _____

个人或组织的完整地址 _____

拟接收或公开之个人识别健康信息的说明

(请勾选相应的信息类型)：

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 全部 | <input type="checkbox"/> 治疗计划 |
| <input type="checkbox"/> 请款 | <input type="checkbox"/> 进度报告 |
| <input type="checkbox"/> 资格 / 福利 | <input type="checkbox"/> 仅就诊记录 |

用于做出福利裁决的信息

NYCE 首选医疗机构 (PPO) 认为适用下方所勾选目的的所有相关信息

其它(请说明)： _____

本授权的目的如下(请勾选所有适用项目):

为便于按会员福利计划规定对治疗、服务、和 / 或承保进行适当管理。

- | | |
|-----------|-----------|
| 福利管理 | 工伤赔偿请款的管理 |
| 请款管理 / 付款 | 残疾请款的管理 |
| 雇主要求的治疗转介 | 传票或其它法律流程 |
| 其它(请说明): | CARE方案 |

拟公开之记录的日期范围:

自 ____ / ____ / ____ 至 ____ / ____ / ____
月月 日日 年年年年 月月 日日 年年年年

此表格的以下部份须由会员或会员代表填写:

本人了解,此授权将于以下时间失效:

于 ____ / ____ / ____
月月 日日 年年年年

会员签名(必填) _____ 日期 ____ / ____ / ____
月月 日日 年年年年

见证人签名(仅限 Illinois 居民) _____ 日期 ____ / ____ / ____
月月 日日 年年年年

请注意:如果您是监护人或法院指定代表,您必须附上您的法定授权书才能代表会员。

会员代表签名 _____ 日期 ____ / ____ / ____
月月 日日 年年年年

以正楷填写姓名 _____ 电话号码 ____ - ____ - ____

街道地址 _____ 城市 _____ 州 ____ 邮政编码 _____

未成年会员签名 _____ 与会员的关系 _____

代表权限说明 _____

请将填妥的表格寄回至:

NYCE PPO Plan, P.O. Box 21534, Eagan, MN 55121 或传真:888-742-4179

仅限 California 和 Georgia 居民

本人理解,如果本人提出要求,本人可以查看和复制此表格中描述的信息,并且本人可以在签署此表格后收到一份副本。

请保留本文件的副本以作记录。