



**填寫說明
公開資訊授權**

1. 個人基本資訊	填寫您的姓名、出生日期、地址資訊和您的投保人會員號碼。這些都是必填的資訊，作為識別和驗證身分之用。
2. 我授權 Optum 和其關係企業可將我的個人識別健康資訊透露給下列個人或組織：	填寫您授權 Optum 得向其透露您的照護相關資訊的這個人 (這些人) 的姓名和地址。
3. 可透露的資訊類型	在適用的一個方框打勾。如果勾選的是第二個方框，請在空白格線上填寫我們可透露的特定資訊。
4. 透露目的	在適用的一個方框打勾。如果勾選的是第二個方框，請在空白格線上填寫透露您資訊的特定目的。
5. 個人簽名	授權表必須簽上姓名並填寫日期才具有效力。Illinois 消費者必須有見證人簽名。
6. 個人代表	代表會員簽名的個人代表必須提供法律文件，證明其有權可代表會員簽名。

表格全部填寫完成後請寄回以下地址：

ATTN: ROI PROCESSING MO0050-1000 13655 Riverport Drive Maryland Heights, MO 63043	傳真：1-866-322-0051
--	-------------------

**公開健康資訊授權**

會員全名

出生日期

會員或投保人會員卡號碼

會員的街道地址

城市

州

郵遞區號**我瞭解並同意：**

- 本授權是出於自願而做成；
- 我的健康資訊可能包含由其他個人或實體 (包括健康照護服務提供者) 建立的資訊，還可能包含醫療、藥局、牙科、視力、精神健康、酒精、藥物或毒品濫用、HIV/AIDS、心理治療、生殖、傳染病和健康照護方案資訊；
- 如果我不簽署本表格，也不得拒絕向我提供治療、給付健康照護服務費用，或拒絕讓我投保健康照護福利或認定我不符合取得健康照護福利的資格；
- 我的健康資訊可能會由收受人再透露，而且如果收受人不是健保計畫或健康照護服務提供者，則相關資訊可能即不再受聯邦隱私權法規保護；
- 本授權從我簽署授權表當天起一年內有效。我可以用書面方式通知 Optum 而隨時撤銷本授權，但撤銷效力不溯及收到和處理我的撤銷當天之前已經採取的任何行動。

誰可以收受和透露我的資訊：

我授權 **Optum** 和其關係企業¹得將我的個人識別健康資訊透露給向下列個人或組織：

(個人或組織的全名)

(個人或組織的完整地址)

¹ OptumHealth Behavioral Solutions of California (OHBS-CA) 也稱為 U.S. Behavioral Health Plan, California (簡稱 USBHPC)，是 Optum 的關係企業。

可透露的資訊類型：

- 我授權可透露我的全部健康資訊，包括與醫療、藥局、牙科、視力、精神健康、酒精、藥物或毒品濫用、HIV/AIDS、心理治療、生殖、傳染病和健康照護方案相關的資訊；**或**
- 我僅授權可透露下列資訊：

(資訊類型)

透露目的：

- 我的健康資訊是依我的要求而透露或依我個人代表的要求而透露；**或**
- 我的健康資訊是基於下列目的而透露：

(說明目的)

會員簽名

日期

見證人簽名 (僅適用 Illinois 居民)

日期

請注意：如果您是監護人或法院指派的代表，您必須附上您可以代表該會員的法律授權表。

會員代表簽名

日期

個人代表

姓名

電話號碼

街道地址

城市

州

郵遞區號

(僅適用 **California** 和 **Georgia** 居民) 我瞭解，我可以要求閱讀和影印本表格所述的資訊，我也可以在我簽名後收到本表格複本)。

請將本文件留存一份做紀錄