



回郵地址 – Member Services
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
免費傳真號碼：844-657-7272
如有疑問 – Medi-Cal: 888-839-9909
L.A. Care Covered: 855-270-2327
PASC-SEIU Plan: 844-854-7272
Cal MediConnect: 888-522-1298

受保護的健康資訊之使用與披露授權表

本表的第 I 部分將讓 L.A. Care 可使用或與他人分享您的受保護健康資訊 (Protected Health Information, PHI)。本表的第 II 部分則讓您可指名某位人士代您行事。請填妥本表格並將其寄至上列地址。

第 I 部分

A 部分：會員資訊		
會員姓名：		
會員地址：		
城市：	州：	郵遞區號：
出生日期：		
參保人識別號碼：		
電話：		

B 部分：PHI 使用 / 披露授權表
填寫 B 部分即代表本人同意讓 L.A. Care 及其附屬公司使用或向下述人士或機構分享本人的 PHI。本人瞭解，一旦本人簽署並交還此授權表後，此授權即刻生效。
姓名：
機構名稱（如適用）：
地址：
市 / 州 / 郵遞區號：
出生日期：
電話：



回郵地址 – Member Services
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
免費傳真號碼：844-657-7272
如有疑問 – Medi-Cal: 888-839-9909
L.A. Care Covered: 855-270-2327
PASC-SEIU Plan: 844-854-7272
Cal MediConnect: 888-522-1298

C 部分：資訊類型

本人藉由填寫 C 部分特此告知 L.A. Care 及其附屬公司其可使用或可與 B 部分所列之人士 / 機構分享的 PHI 類型。（請勾選所有適用選項。）

- 醫療資訊（如核准申請、護理管理記錄等）
- 索賠資訊（如藥房、醫院或醫療服務提供者索賠記錄等）
- 財務資訊（如保費付款資訊等）
- 參保資訊（如參保申請表、參保日期等）
- HIV 檢測結果
- 心理健康治療資訊
- 酒精 / 藥物濫用治療資訊
- 其他（請明列）：

D 部分：目的

請說明分享或使用 PHI 的目的或原因。

- 法律因素
- 保險目的
- 個人用途
- 其他（請明列）：



回郵地址 – Member Services
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
免費傳真號碼：844-657-7272
如有疑問 – Medi-Cal: 888-839-9909
L.A. Care Covered: 855-270-2327
PASC-SEIU Plan: 844-854-7272
Cal MediConnect: 888-522-1298

E 部分：到期日期

本人藉由填寫 E 部分特此告知 L.A. Care 其從何時開始將不得再繼續使用或與他人分享本人的 PHI。（請勾選一項）。

- 從今天日期算起的一年後。
- 在本人退保或不再受保於 L.A. Care 之後
- 從後述日期（月、日、年）開始：

F 部分：撤銷的權利

您可隨時撤銷此授權。如欲採取此行動，請寄信至：

Member Services
L.A. Care Health Plan
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
免費傳真號碼：1-844-657-7272

您寄信撤銷此授權的舉動將無法改變 L.A. Care 在收到您信函之前對您 PHI 所作的使用或分享。

G 部分：限制

透過 L.A. Care 取得您 PHI 的人士有可能會向他人公開您的 PHI。在此情況下，您的 PHI 可能不再受醫療保險可攜性及責任法案 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 隱私權規定的保障。

H 部分：會員權利

您有權調閱因此授權表而遭使用或分享的 PHI，您也有權取得該 PHI 的副本。您可隨時撤銷此授權。（請參閱 F 部分）。

您不一定要填寫此表格。不填寫此表格並不會使您參保 L.A. Care、取得各項福利或獲得索賠給付的能力受到影響。

您有權獲得此授權表的副本。

I 部分：簽名

在 I 部分簽名即代表本人同意讓 L.A. Care 與 B 部分所列的人士 / 機構分享本人在 C 部分所勾選的 PHI。本人已閱讀過本表格的內容並瞭解其中意義。

今天日期：

會員或個人代表簽名：

如果是由個人代表簽名，請說明與會員的關係：

您僅需填寫至此

如果您希望 L.A. Care 僅與 B 部分所列的人士 / 機構分享您的 PHI，請在 I 部分簽名並將此表格寄還給 L.A. Care 的隱私權專員，地址如右上角所列。

如果您還希望指名某位人士代您行事（例如更換醫生或協助處理投訴事宜），請繼續填寫下一頁。



回郵地址 – Member Services
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
免費傳真號碼：844-657-7272
如有疑問 – Medi-Cal: 888-839-9909
L.A. Care Covered: 855-270-2327
PASC-SEIU Plan: 844-854-7272
Cal MediConnect: 888-522-1298

第 II 部分

第 II 部分將讓您可指名某位人士（例如家人）代您行事，即使您有能力可以自己處理這些事項。如果您不想請他人代您行事，但您同意我們與其分享您的 PHI，您僅需填寫第 I 部分，然後將本表格寄至右上角所列的地址即可。

J 部分：授權他人代本人行事

填寫 J 部分即代表本人同意讓下述人士代本人處理 K 部分所列的事項。本人瞭解，一旦本人簽署並交還此表格後，此委任即刻生效。

姓名：

機構名稱（如適用）：

地址：

市 / 州 / 郵遞區號：

出生日期：

電話：

姓名：

機構名稱（如適用）：

地址：

市 / 州 / 郵遞區號：

出生日期：

電話：

K 部分：委任任務

填寫 K 部分即代表本人同意讓 J 部分所列的人士代表本人修改下列資訊：
(請勾選所有適用選項)。

- 醫療資訊 (如協助處理核准申請、護理管理等)
- 索賠資訊 (如協助處理索賠問題等)
- 財務資訊 (如修改本人的保費付款資訊等)
- 參保資訊 (如更換本人的醫療服務提供者、醫療團體或健康計劃等)
- 其他 (請明列)：

L 部分：委任到期日期

本人藉由填寫 L 部分特此告知 L.A. Care 從何時開始 J 部分所列的人士將
不得再繼續代本人行事。(請勾選一項)。

- 從今天日期算起的一年後開始，J 部分所列的人士將不得再繼續代本人
行事
- 在本人退保或不再受保於 L.A. Care 之後，J 部分所列的人士將不得再
繼續代本人行事
- 從後述日期 (月、日、年) 開始，J 部分所列的人士將不得再繼續代本人
行事：



回郵地址 – Member Services
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
免費傳真號碼：844-657-7272
如有疑問 – Medi-Cal: 888-839-9909
L.A. Care Covered: 855-270-2327
PASC-SEIU Plan: 844-854-7272
Cal MediConnect: 888-522-1298

M 部分：限制

填寫本表格的第 I 部分將讓 L.A. Care 可與他人分享您的 PHI。填寫本表格的第 II 部分將讓 J 部分所指定的人士可代您行事。L.A. Care 可能不需徵得您的同意即可讓 J 部分所指定的人士代您行事。

N 部分：撤銷的權利

您可隨時拒絕讓 J 部分所列的人士繼續代您行事。如欲採取此行動，請寄信至：

Member Services

L.A. Care Health Plan
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
免費傳真號碼：1-844-657-7272

O 部分：簽名

在 O 部分簽名即代表本人同意讓 J 部分所列的人士代本人處理 K 部分所列的任務。

今天日期：

會員或個人代表簽名：

如果是由個人代表簽名，請說明與會員的關係：