

## CALOPTIMA 醫療保險可攜性與責任法案 (HIPAA) 說明書 受保護的健康信息 (PHI) 披露授權書

### A 部分：會員資訊

本部分適用於申請將其資訊披露給另一個人或組織的會員。請填寫本部分中的全部資訊。

### B 部分：可以披露的資訊

本部分將告知我們您願意我們披露哪些資訊。具體說明您正在授權披露的文件類型。例如，如果您授權某位人士獲得與近期醫療事件有關的 **PHI**，請詳細說明醫療事件的日期、您要求的文件類型（例如帳單記錄、預授權記錄或藥房記錄）並指出您希望排除的任何類型的記錄。

### C 部分：本授權書的目的

選擇您要求披露資訊的原因。如果您有特定的原因，請填寫在「**其他**」一欄，並說明原因。例如，如果您只希望您授權的個人或組織接收您的受保護的健康信息，用於處理待決的索賠上訴，則應在該框中填寫「**用於對理賠裁定提起上訴**」或類似的內容。

### D 部分：經授權接收這些資訊的個人或組織

請輸入您授權獲取您的 **PHI** 的個人或組織的名稱。例如，如果您授權您的配偶、成年子女或任何其他個人獲得您的 **PHI**，請在這些空格處填寫他/她的姓名。如果您授權一個組織（例如經紀人、律師事務所、保險代理機構等）接受您的 **PHI** 資訊，請在這些空格中填寫組織的具體名稱。示例有：「**John Smith 醫生**」或「**Mary Doe (配偶)**」指出該個人或組織與您的關係（如配偶、成年子女等）並提供他們的電話號碼。

## F 部分：授權的失效日期

如果您希望授權在特定日期結束，請勾選第一個方框。輸入失效日期。如果您希望授權在特定事件發生時終止，請勾選第二個方框，例如「從我的簽名日期起一年」。

## G 部分：簽名

如果您是會員，請簽名並註明您簽署本表的日期。請注意，為處理您的申請，您必須隨申請表格附上政府簽發的，有您簽名的合法身份證明文件 (ID)。

如果您是該會員的私人代表，請簽名、註明您簽署該表的日期以及您的代表關係。請注意，為處理您的申請，您必須隨申請表格附上政府簽發的合法身份證明文件 (ID)。您還必須向我們提供一份法律文件副本，表明您是該會員的授權個人代表。

• 法律文件示例：

- **醫療保健授權書**——本文件授予您信任的人代表您行事，並為您做出醫療保健決定的法定權力。
- **法定監護**——即法院指定某人照顧他人。
- **個人監護人**——即法院指定一名負責人，為不能自主作出責任決定之個人作出決定。
- **遺產執行人**——當所代表之人死亡時，則會用到此類型的文件。

請保留本表副本為備份記錄。