

如何使用此表

填寫此表即授權 WellSense 照護管理部門：

- 與醫療保健提供者、第三方或社區組織（住房、食物、學校）共享您的受保護健康資訊 (PHI)*。
- 從您的其他醫療保健提供者及其代理人處收到您的 PHI。
- 從第三方和社區組織收到您的個人資料。

這些資訊僅用於支援您的照護，您的照護可能包括將您與當地資源聯繫起來，協調不同提供者之間的照護等等。

會員資訊（請清楚列印資訊）

您的會員 ID 號碼（來自您的 WellSense ID 卡）

會員姓氏

會員名字

中間名首字母

出生日期（年/月/日）

地址

城市

州

郵遞區號

電話（非必填）

計劃資訊

請選擇此授權適用的所有計劃：

Massachusetts

- ☐ MassHealth
- ☐ Special Kids/Special Care
- ☐ Clarity 計劃
- ☐ Senior Care Options

New Hampshire

- ☐ NH Medicaid
- ☐ NH Clarity 計劃
- ☐ NH Medicare Advantage

*PHI 包括有關您的健康的任何資訊，例如您的健康狀況、醫療記錄或 HIPAA 定義的付款歷史記錄，還可能包括 42 C.F.R. 第 2 部分下的酒精和物質使用障礙記錄。

關於我們可以與誰共享您的 PHI 的特別說明

我授權 WellSense 與參與我的照護的醫療保健提供者和第三方共享我的 PHI，並從這些提供者和第三方接收個人資訊來管理我的照護。

如果您希望我們與特定提供者或第三方共享或不與他們共享您的 PHI，或有其他特殊指示，請在此處列出：

與以下人員共享：

不與以下人員共享：

請注意：您選擇排除某些提供者或第三方不會影響您的參保、福利或 WellSense 為您的醫療保健支付的款項。

共享我的敏感 PHI 的許可（請在所有適用項旁寫上姓名首字母）

根據聯邦和州法律，WellSense 需要您的同意才能與第三方共享敏感 PHI。請在您授權 WellSense 共享的敏感 PHI 類別旁寫上姓名首字母。

	姓名首字母		姓名首字母
墮胎		HIV/AIDS	
懷孕未成年人的照護/治療		乳房 X 光檢查報告	
家庭暴力		心理/行為健康	
計劃生育		性侵害	
基因檢測與結果		性傳染病	
物質濫用/酒精濫用 (包括受聯邦法規 42 C.F.R. 第 2 部分保護的治療記錄)。			

撤銷共享我的資訊的許可

此授權將在下面提供的日期或我的 WellSense 參保終止時終止。

☐ 僅在此日期（年/月/日）_____之前共享我的資訊

我知道我可以隨時向 WellSense 發出書面通知，表明我撤銷許可。此通知應郵遞至最後一頁的地址。我瞭解，一旦 WellSense 收到並處理我的請求，撤銷許可就會生效。如果資訊已經根據我先前的請求被共享，我瞭解 WellSense 無法撤回該資訊。

我瞭解，我的物質使用治療記錄受到聯邦法規《保密和物質使用障礙患者記錄》（42 C.F.R. 第 2 部分）和《1996 年健康保險流通與責任法案》（「HIPAA」）（45 C.F.R. 第 160 和 164 部分）的保護，未經我的書面同意不得披露，除非法律另有規定。我瞭解，根據要求，必須向我提供已向其披露我的酒精和/或物質濫用治療資訊的實體的清單。

批准（您或您的個人代表必須簽字並署上日期，此表才填寫完畢）

會員簽名

我已閱讀並理解此授權的條款，並且我有機會提出與此表及我的健康資訊披露相關的問題。透過在下方簽名，我特此在知情並自願的情況下授權以上述方式披露或接收我的健康資訊。

個人代表資訊

個人代表是具有代表個人行事的合法權力的人。授權書、個人代表指定書或其他法律文件的副本必須在 WellSense 存檔或與本表一起遞交。

會員/個人代表簽名

日期

列印姓名

表單遞交

您可以透過傳真、電郵或郵件遞交此表。

透過傳真

Massachusetts: 617-951-3426

NH: 866-409-5657

透過郵件

WellSense Health Plan

ATTN: Care Management

100 City Square, Suite 200

Charlestown, MA 02129

透過電郵

Massachusetts: CM.Tel@Wellsense.org

NH: NHCare.Management@Wellsense.org

請注意：電郵不是傳輸資訊的安全方式。

如果您對 PHI 或此表有任何疑問，請致電 866-853-5241（Massachusetts 會員）
或 855-833-8119（New Hampshire 會員）