SAN FRANCISCO HEALTH PLAN
Here for you

SAN FRANCISCO HEALTH AUTHORITY 個人代表協議表格

聯邦法律要求 San Francisco Health Plan (SFHP) 保護能夠識別您的身分的資訊以及與您過去、現在及將來的身體與精神健康狀態相關的資訊的私隱性 (「受保護健康資訊」)。

填寫本表格後，我們將為您指派一名由您選擇的個人代表。您的個人代表將獲得授權代表您做出醫療保健相關的決策或請求。

填寫此表格還允許個人作為您的授權代表來提出申訴或上訴，包括行使您可以享有的外部審查權。

請填妥本表上的所有資訊。如果表格中缺少資訊，您將無法獲得個人代表。San Francisco Health Plan (SFHP) 確保您的健康資訊安全並予以保密。

- 您同意您需要一名個人代表。您明白您無需在本表上簽字。只有當您決定請個人代表時，您才同意在此表格上簽字。

  SFHP 將不會以是否簽署本授權為條件限制我的治療、付款、註冊登記或福利資格。您可以隨時取消本授權。您可以口頭或書面形式撤銷。您理解，您取消個人代表將不會影響已經依賴本授權發佈的任何資訊。

- 未經您書面同意，SFHP 不會與任何人分享您的敏感服務醫療資訊。如果您有權同意，您無需獲得他人的許可即可獲得敏感服務或提交敏感服務索賠。根據敏感服務的類型，您可能需要達到一定的年齡或有足夠的能力做出同意。
  - 敏感服務可以用於心理或行為健康、性健康和生殖健康、性傳播感染（包括 HIV 和 AIDS）、酒精或毒品問題、跨性別護理以及來自家人或伴侶的暴力。
  - 本表不授權共享包括敏感服務在內的受保護健康資訊。若要授權共享受保護健康資訊，包括敏感服務，則需要另一份授權表。

- 您同意，只要您加入 SFHP，本授權書將繼續有效，但本表中說明的例外情況除外，如有效期和您隨時撤銷授權的權利。

- SFHP 可以決定終止您的個人代表的資格。如果有合理理由相信存在以下情況，SFHP 將終止您的個人代表的資格：

  1) 您受到此人的家庭暴力、虐待或忽視

  2) 將此人視為個人代表可能會危及您的安全，或

  3) SFHP 根據專業判斷，認為將指定個人作為您的個人代表不符合您的最佳利益。

- 經請求，我有權利獲得本授權的副本。

SAN FRANCISCO HEALTH PLAN
Here for you

在您簽署此表格後，請為您保存一份副本。

將表格郵寄或傳真至：
San Francisco Health Plan
Attn: Compliance Officer
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
傳真：1(415) 547-7825

我同意使用以下指定的個人代表：

我的資訊：
我的姓名：_____ 我的出生日期：_____
我的地址_____
城市、州、郵遞區號：_____ 電話號碼：_____
保健計劃：_____ ID 號：_____

個人代表資訊：
姓名：_____ 出生日期：_____
地址：_____
城市、州、郵遞區號：_____ 電話號碼：_____
與會員的關係：_____
_____

個人代表的開始和結束日期

（如果您不想在某個日期停用個人代表，請寫上「N/A」。）

不要忘記：您可以隨時停止使用個人代表。

我的個人代表從_____開始到_____結束。

簽名

日期：_____ 時間：_____ AM/PM
簽名：_____
（我的資訊）

日期：_____ 時間：_____ AM/PM
簽名：_____
（我的個人代表）

SAN FRANCISCO HEALTH PLAN
Here for you

California Department of Managed Health Care 負責監管醫療保健服務計劃。若需對您的健康計劃提起申訴，請在聯絡該部門之前，首先電話聯絡您的健康計劃，號碼：(1-415-547-7800) 或 (1-800-288-5555)，並使用您健康計劃的申訴程序。利用此申訴程序並不禁止您可以享有的任何潛在合法權利或補救措施。若您需要幫助來處理涉及緊急情況的申訴、您的健康計劃仍未妥善解決的申訴、或超過 30 天後仍未解決的申訴，您可致電該部門尋求協助。您可能還有資格申請獨立醫療審查 (IMR)。如果您符合 IMR 資格，則 IMR 程序將公正地審查健康計劃作出的與所建議的服務或治療的醫療必要性有關的決定、本質為實驗性或研究性治療的承保決定，以及急診或緊急醫療服務的付款糾紛。該部門亦提供免費電話號碼 (1-888-466-2219)，並為聽障及有語言障礙人士提供 TDD 專線 (1-877-688-9891)。該部門的網站 www.dmhc.ca.gov 載有投訴表、IMR 申請表和線上指引。

州 Medi-Cal 管理式照護「申訴專員辦公室」可協助您解答任何疑問。您可以致電他們，電話：1(888) 452-8609。工作時間是週一至週五，8:00am 至 5:00pm PST，節假日除外。

您也可以從您的醫生處獲得幫助，或致電 SFHP 的客戶服務部，電話：1(415) 547-7800，1(800) 288-5555 (免費電話) 或 TTY 1(888) 883-7347。我們的工作時間是週一至週五 8:30am 至 5:30pm。