



SAN FRANCISCO HEALTH AUTHORITY 標準發佈與授權書

San Francisco Health Plan (SFHP) 確保您的健康資訊安全並予以保密。

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 (「受保護健康資訊」)。

填寫本表單，即表示授權根據有關受保護的健康資訊私隱的 California 州和聯邦法律，使用/披露該資訊，如下所述。

請填寫此表格以允許 SFHP 共享您的資訊。您需要填寫此表上的所有內容。如果您不填寫所有內容，SFHP 將無法共享資訊。

- 您無需在本表上簽字。
- 您可以在簽署本表後改變主意並撤銷授權。
- 如果您想停止共享您的健康資料，您或您的代表必須致函 SFHP。信函必須是書面形式，必須有您的姓名、您的簽名或授權代表的簽名。這封信應說明您不想共享您的健康資訊。

• 寄信至：

San Francisco Health Plan
To: Compliance Officer
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

- SFHP 收到您的上述撤銷請求後，您的撤銷即生效。如果 SFHP 或其他人在授權生效日期之後和撤銷日期之前依據本授權行事，則撤銷將無效。
- 您可以索取一份此表單的副本。如果您想要此表單的副本，您需要給 SFHP 發一封書面信函。
- 您提供還是拒絕提供此授權不是治療、付款、註冊登記或福利資格的條件。
- 因本授權而披露的資訊可能會被接受者再次披露，並可能不再受聯邦保密法的保護。但是，California 法律禁止收到您的受保護健康資訊的人進一步披露該資訊，除非獲得您的另一項披露授權，或法律明確要求或允許披露。
- 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。
- 在向 SFHP 提出書面請求後，我可以檢查或獲取根據本授權使用或披露的受保護健康資訊的副本。
- SFHP 的承保說明披露了承保條款和條件。
- 您在本表上簽字，即表示您同意本授權書，並聲明您瞭解本授權書在您加入 SFHP 期間將一直有效，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。

受保護健康資訊的使用與披露

我授權使用/披露我的受保護健康資訊，如下所述：

您將允許與其共享您的健康資訊的人員的名稱：

San Francisco Health Authority d/b/a San Francisco Health Plan

獲授權接收您的受保護健康資訊的個人/組織名稱：

您希望共享您的資訊的原因：

SAN FRANCISCO HEALTH PLAN 可以共享的資訊

我允許 San Francisco Health Plan 共享以下資訊（只勾選一項）。

我同意共享我所有的健康資訊。

這包括但不限於健康、診斷（疾病或狀況的名稱）、索賠、醫生和醫療保健提供者以及財務資訊。這不包括敏感（私人）資訊，除非勾選下方的方塊。

或者

我同意僅共享我的部分健康資訊。（勾選所有適用的方塊選項。）

申訴和上訴（我書面提出的法律投訴）

福利與承保

計費



- 索賠與付款
- 診斷 (疾病或狀況的名稱) 及程序 (治療)
- 資格及註冊
- 財務
- 醫療記錄
- 醫生與醫院
- 事先授權 (治療批准)
- 轉診
- 治療
- 藥房
- 其他 : _____

我還允許 San Francisco Health Plan 共享以下列出的私人資訊。 (勾選您同意的所有方塊選項。)

所有敏感 (私人) 資訊

或者

僅有關下列被選話題的資訊 :

- 流產 (終止妊娠)
- 虐待 (性/身體/精神)
- 酒精或毒品問題
- 行為健康
- 跨性別護理
- 基因檢測
- 愛滋病
- 產婦 (懷孕)
- 心理健康
- 性傳播疾病
- 其他 : _____

本表開始和結束日期

(如果您不想在某個日期停用此表 , 請寫上 「N/A」 。)



您可以隨時終止此標準發佈與授權書所列的協議。

此表單上的協議從 _____ 開始，到 _____ 結束。

會員/個人代表簽名

簽名： _____

日期： _____ 時間： _____ AM/PM

如果不是會員本人簽名，請列出姓名及與該會員的法律關係： _____

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

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.dmhca.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。