



分享個人健康資訊之授權書 (ASPI)

本同意書的目的是什麼？

您可以使用本同意書向 Bright HealthCare 或其附屬機構授予許可, 允許其與您選擇的個人或組織分享您的個人健康資訊 (PHI)。Bright HealthCare 可能會使用本同意書獲得您的許可, 以便向特定第三方 (例如之前的保險公司或非計劃內的提供者) 請求索取您的 PHI。

常見問題

許可的有效期是多久？

分享您的 PHI 的許可會在您作為計劃成員的最後一天結束, 或在您以書面方式告知我們終止許可時結束。

我如何終止分享 PHI 的許可？

您需要寄送函件 (附帶簽名和日期) 到以下地址告知我們, 並保留一份副本作為記錄。

如果我拒絕簽署本同意書會怎樣？

您並非必須簽署本同意書 – 您的健康福利將不會受到影響。

在 Bright HealthCare 分享我的健康資訊之後, 接下來會怎樣？

Bright HealthCare 會認真對待您的私人資訊。Bright HealthCare 僅與本同意書中授權的人員, 並出於本同意書中授權的目的分享此資訊。但是, 與您在本同意書中指定的個人或組織分享資訊後, 我們無法控制會發生什麼。

將填妥的表格郵寄至：

Bright HealthCare
P.O. Box 1697
Portland, ME 04104
傳真：**877-587-9134**

會員資訊 (*必填)

全名：_____ 會員 ID：_____

要分享的資訊類型和數量 (*必填)

我授權分享的資訊類型和數量是：

 醫療理賠資訊 藥房理賠資訊 關於授權或上訴的資訊* 其他 (描述)：_____ 除以下之外的所有資訊：_____**分享您的個人資訊的許可**

我授權 _____ (Bright HealthCare 或提供者名稱)

與 _____ (組織/實體內的個人)：_____

_____ (地址) 分享上述記錄。

授權書的到期和撤銷

我瞭解，我的授權將持續有效，直至保險的最後一天，或直至 ____/____/____ (日期)，以較早者為準。我瞭解，我可以透過向 Bright HealthCare 寄送信函，隨時撤銷/取消此授權書。我瞭解，此撤銷將不適用於根據我的初始授權書已披露的資訊。

保留授權書副本的權利

我瞭解，我自己有權保留或接收本授權同意書的副本。

您的許可 (*必填)

簽名：_____ 日期：____/____/____

 如果您是父母/法定監護人，或授權代表/授權委託人，請在此處打勾 (請在本同意書中附上相關文件)

注意 – 簽署此同意書即表示您同意以下聲明：Bright HealthCare 及其關聯公司有權將我的個人健康資訊分享給上述部分中列出的個人或組織，和/或向特定第三方請求索取我的個人健康資訊。我瞭解請求的記錄可能包含有關特定醫療護理或理賠的資訊。它們還可能包含其他人建立的資訊。

*此授權書並非用於允許指定代表為我處理醫療保健決定、上訴、申訴或註冊事宜。