

授權代表 (AOR) 委任書

Alameda Alliance for Health (Alliance) 的計畫成員有權利授予 (給予) 朋友、家人或其他人士獲取該計畫成員某些醫療資訊的權限。若要行使此計畫成員權利，請使用本表格指定一位人士作為 Alliance 計畫成員的授權代表。

填寫說明

1. 請在下方所有欄位中，使用正楷字清晰書寫或鍵入。
2. 請親自提交、或透過郵寄、傳真或以電子郵件提交填妥的表格。

針對 Alliance Group Care (Alliance 團體醫療保險計畫) 與 Medi-Cal 計畫成員：

親自提交/郵寄地址：

Attn: Member Services Department
Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

傳真號碼：1.877.747.4504

電子郵件：memberservices@alamedaalliance.org

針對 Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP) 的計畫成員：

親自提交/郵寄地址：

Attn: Alameda Alliance Wellness Member Service Department
Alameda Alliance Wellness
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

傳真號碼：1.877.747.4504

電子郵件：DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org

第 1 部分：Alliance 計畫成員資訊

您的相關資訊

姓氏：_____ 名字：_____

Alliance 會員 ID 號碼 (Alliance Group Care [Alliance 團體醫療保險計畫] 或 Medi-Cal，或 Alameda Alliance Wellness)：

Medi-Cal ID 號 (如符合資格且已知)：_____

Medicare ID 號 (如符合資格且已知)：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

電話號碼：_____ ☐ 住家電話 ☐ 手機

授權代表 (AOR) 委任書

第 2 部分：獲授權代表相關資訊

代表相關資訊

姓氏：_____ 名字：_____

與計畫成員的關係：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

電話號碼：_____ ☐ 住家電話 ☐ 手機

第 3 部份：授權代表的責任

此授權允許授權代表代表計畫成員處理以下 Alliance 服務：

- 更換本人的醫生/醫療團體
- 提出冤情申訴或上訴
- 訂購新的 Alliance 計畫成員識別卡
- 代計畫成員諮詢 Alliance 以幫助協調計畫成員的醫護事宜
- 處理處方藥（D 部分）相關事宜的權限

第 4 部份：敏感資訊授權（自願填寫）

此授權也包含處理我與**敏感服務**相關資訊的權限，這些服務可能包括心理健康、生殖健康、藥物濫用治療、性別肯定護理或其他受保護類別。我理解此授權是自願的，可隨時撤銷。

☐ 是，我授權我的代表處理敏感資訊事務。

☐ 否，我不授權我的代表處理敏感資訊事務。

授權代表 (AOR) 委任書

第 5 部份：授權代表接受條款

閱讀並簽署

本人已閱讀此表內容並了解：

- 授權代表的有效期為本表格提交日期起算一（1）年。Alliance 計畫成員可隨時撤銷此授權，並指派其他個人或多人擔任其授權代表。
- 除了針對上列第 3 部分和第 4 部分所述 Alliance 服務採取行動以外，本人無權代表該計畫成員行事。
- 本人不得移交或重新委派此項委任工作。
- 我可以隨時透過向 Alliance 發送書面申請終止（撤銷）此委任。
- 本人同意遵守有關授權代表的所有州和聯邦法律，包括但不限於資訊隱私法、禁止重新分配服務提供者索償單的相關規定及利益衝突。
- 放棄代理費（僅限服務提供者）：根據授權代表 (Appointment of Authorized Representative, AOR) 提供項目或服務的服務提供者與供應商不得收取代表費用，且簽署此處即表示其正式放棄收取此類費用的權利。
 - 我同意不向計畫成員或任何其他人士收取代理費。

代表/組織名稱：

全國服務提供者識別碼（NPI）編號（若為服務提供者）：

- 根據 § 1879(a)(2) 豁免上訴費用：只有當您是提供上訴相關服務的服務提供者或供應商時才需要填寫。
 - 我同意，如果根據 § 1879(a)(2) 判定 Medicare 不應支付相關費用，則不會向 Medicare 或計畫成員索取相關物品或服務的付款。

代表/組織名稱：

全國服務提供者識別碼（NPI）編號（若為服務提供者）：

在下方簽名即表示本人接受此項委任。

授權代表簽名：_____ 日期：_____

授權代表 (AOR) 委任書

第 6 部分：目的及計畫成員權利

閱讀並簽署

本人已閱讀此表內容並了解：

- 填寫此委任書，即表示本人同意授權代表針對上方第 3 部分及第 4 部分所述服務代本人採取行動。
- 本人作為 Alliance 計畫成員所擁有的權利和責任，不會因本人委任授權代表而發生變化。
- 本人了解，依據此項授權所披露的資訊可能會被資訊接收者再次披露，而且這些資訊可能不再受聯邦或州隱私權條例之保護。
- 本人知曉，本人可以隨時向 Alliance 親自或透過郵寄、傳真或電子郵件方式提交書面申請，以終止（撤銷）此項委任。

針對 Alliance Group Care（Alliance 團體醫療保險計畫）與 Medi-Cal 計畫成員：

親自提交/郵寄地址：

Attn: Member Services Department
Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

傳真號碼：1.877.747.4504

電子郵件：memberservices@alamedaalliance.org

針對 Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP) 的計畫成員：

親自提交/郵寄地址：

Attn: Alameda Alliance Wellness Member Service Department
Alameda Alliance Wellness
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

傳真號碼：1.877.747.4504

電子郵件：DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org

在下方簽名，即表示本人對此項委任予以授權，自簽字之日起生效。

簽名：_____ 日期：_____

與計畫成員的關係（如果是代計畫成員簽署）：_____

如果是代計畫成員簽署，您必須隨本表提供授權您擔任該計畫成員個人代表的證明文件。（例如，醫療保健授權書、監護權委託書等）