



授權代表（AOR）委任書

作為 Alameda Alliance for Health（Alliance）計畫成員，您有權利授予（給予）朋友、家人或其他指定人士獲取您的某些醫療資訊的權限。

如欲行使此計畫成員權利，您必須填寫此表中的**所有字段**，並將其郵寄、傳真或電郵至：

收件人：Member Services Department
Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502
傳真：1.877.747.4504
電子郵件：memberservices@alamedaalliance.org

第 1 部分：關於您的資訊

Alliance 計畫成員

姓氏：_____ 名字：_____

電話號碼：_____

Alliance 會員 ID 號（團體護理、Medi-Cal 或 Medicare）：

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：_____

第 2 部分：關於您的代表

獲授權代表之姓名

姓氏：_____ 名字：_____

電話號碼：_____ 與您（計畫成員）的關係：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

第 3 部分：我的代表可執行以下事項

此授權允許我的授權代表代表我處理以下 Alliance 服務：

- 更換本人的醫師/醫療團體
- 提出申訴或上訴
- 訂購新的 Alliance 計畫成員識別卡
- 代本人諮詢 Alliance 以幫助協調本人的醫護事宜
- 此授權也包含處理處方藥（D 部分）事務的權限。

第 4 部分：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。

第 5 部分：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 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。
- 我可以隨時透過向聯盟發送書面申請終止（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。
- 代表費用豁免（僅適用於服務提供者）：根據 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。
 - 我同意不向會員或任何其他人收取代理費。

代表/組織名稱：

國家提供者識別碼（NPI）編號（若為服務提供者）：

第 5 部分：授權代表接受條款（續）

閱讀並簽署（續）

- 根據 § 1879 (a)(2) 豁免申訴付款：只有當您是提供申訴服務的服務提供者或供應商時才需要。
 - 我同意，如果根據 § 1879 (a)(2)(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。

服務提供者/供應商名稱：

國家提供者識別碼（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。

授權代表姓名：_____ 日期：_____

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 和第 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 提交書面申請，以終止（撤銷）此項委任，地址如下：

收件人：Member Services Department
Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502
傳真：1.877.747.4504

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）