

保密通訊申請表

Alameda Alliance for Health (Alliance) 計畫成員有權選擇我們就醫療保健事宜與其聯絡的方式。此權利範圍涵蓋其受保護健康資訊 (Protected Health Information, PHI)。我們可透過郵寄、電子郵件或電話，安全保密地聯絡計畫成員。

如果您希望接收您所接受任何醫療保健服務的保密通訊，請填寫並交回此表格。

若您為 12 歲及以上，且正接受敏感性醫療護理，可要求保密此類資訊。

敏感服務包含：

- 心理健康護理
- 酒精或藥物濫用治療
- 懷孕護理或避孕措施
- 生產護理
- 性傳染病 (sexually transmitted infection, STI) 篩檢

Alliance 將依您提供的首選郵寄地址、電子郵件地址或電話號碼，向您傳達任何包含受保護健康資訊 (PHI) 的保密通訊。

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. 請親自遞交、郵寄、傳真或以電子郵件方式提交填妥的表格。

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

親自遞交/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) 計畫成員：

親自遞交/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：AAWMemberSupport@alamedaalliance.org

請注意：您隨時可以提交新表格以變更或取消申請。

保密通訊申請表**第 1 部份：計畫成員資訊**

姓氏：_____ 名字：_____

出生日期（月/日/年）：_____

Alliance 會員 ID 號碼：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

電話號碼：_____ ☐住家電話 ☐手機**第 2 部分：保密通訊接收方式**

本人申請透過以下方式（請選擇所有適用項）向本人發送含有保密（私密）資訊的通訊：

☐ 郵寄至首選地址：

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

☐ 寄送電子郵件：_____☐ 電話聯絡：_____ ☐住家電話 ☐手機**第 3 部份：簽名**

於下方簽名，即表示本人確認本表所填資訊均屬實無誤。我理解此項請求會變更 Alliance 與我聯絡的方式。此種聯絡方式將維持不變，直到我取消或提交一份新的「Alliance 保密通訊申請表」為止。

若您代計畫成員簽名，請於下方說明您與計畫成員的關係。若您經法院或法律程序指定為計畫成員個人代表，請寄送法律文件影本（如授權書或監護令）給我們。

簽名：_____ 日期：_____

關係（若代計畫成員簽名）：_____

本表格符合 1996 年《健康保險流通與責任法案》（Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA）、Medicare & Medicaid 服務中心（Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS）/雙重資格特殊需求計畫（Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP）、加州醫療保健服務部（California Department of Health Care Services, DHCS）合約要求，以及適用之加州保密法規，包含《醫療資訊保密法》（Confidentiality of Medical Information Act, CMIA）與《健康與安全法規 Health & Safety Code》第 1364.5 條之規定。