



保密通訊申請表

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

若分享您的健康資訊可能危害您的安危，我們可予以保密。您無須舉證說明遭逢危險的情況。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。敏感性服務包含：

- 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

針對上述服務，Alliance 不會寄送《福利說明書》(Explanation of Benefits, EOB) 紿該健康保險計畫的主要被保險人 (保單持有人)。

如需申請醫療通訊保密，請透過郵寄、傳真或電子郵件提交本表格：

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

電郵地址： memberservices@alamedaalliance.org

提醒您：您隨時都能提交新表格以變更或取消申請。

第 1 部分：會員資訊

姓氏：_____ 名字：_____

出生日期 (月/日/年)：_____

Alliance 會員 ID 編號：_____

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（撥打至）：_____ 住家電話 手機

第 3 部分：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。本人了解此申請將變更 Alliance 與我聯絡的方式。除非本人取消或提交新的「Alliance 保密通訊申請表」，否則將維持此聯絡方式。

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。