



受保護健康資料 (PHI) 指有關您健康的資訊。聯邦與州法保障您的 PHI 隱私權。簽署本文書，我方即取得您的批准。我方僅會發行我方獲准分享的 PHI。而且，我方僅會交給您所列舉的人士或代理人。

1. 誰是 Medicaid 保戶？

名字	姓氏	中間名縮寫
保戶 ID 號碼	出生日期(MM/DD/YYYY)	電話號碼
街道		
城市，州，郵遞區號		

2. 誰是 PHI 獲准提供的對象？

個人或公司名稱	電話號碼
街道	
城市，州，郵遞區號	
個人或公司名稱	電話號碼
街道	
城市，州，郵遞區號	

3. 哪些是 PHI 可以分享的範圍？

我方僅分享您批准的 PHI。請在方塊打勾，告知我方 PHI 的類型。

- 任何接獲要求的資訊 健康 (醫療、牙科、配藥、視力)
- 長期照護 病患管理記錄

敏感資訊：（此資訊可能包括診斷及／或治療資訊）

- 物質使用障礙症（酒精 / 藥物） HIV/AIDS 性傳染病
- 行為健康 / 精神健康（但非心理療法記錄）
- 其他敏感服務（例如性別確認照護或是性健康或生殖健康）。
- 其他（請說明）_____

4. 給予此 PHI 的原因？

原因 / 目的：

5. 此表格 1 年後失效，但以下另行指定者除外。

本人的批准效力始於：

_____ 屆於 _____

MM/DD/YYYY MM/DD/YYYY

「Aetna」一詞涵蓋 Aetna 子公司、關係企業、員工、代理商，與協力廠商。

本人於下方簽名即表示了解並同意：

- 本人能致信表格上的地址撤回**批准**。
- 撤回您的**批准**，並不會撤回我方已經分享的 PHI。但我方不會再分享任何您的 PHI。
- 本人簽訂保險的機會，不會因未簽署本表格而改變。
- 取得本人 PHI 者可能與其他人分享。亦即，法律可能無法保障我的 PHI。
- 本人**批准**分享的 PHI 可能含：
 - 健康狀況與治療資訊。
 - 慢性病
 - 行為 / 精神健康狀況
 - 物質使用障礙症診斷或治療（酒精 / 藥物）
 - 傳染病、性傳染病 (HIV/AIDS)，與遺傳標記資訊。
- 本人能致信表格上的地址，取得本項**批准**的副本。
- 非經我本人簽署本表格，Aetna 不會與我所指名者分享，且絕不與其他任何人分享我的 PHI。

注意：

本人符合下列任一條件者，則須簽署本表格。

- 本人年滿 18 週歲。
- 本人未滿 18 週歲，但已結婚或脫離監護。
- 本人情況允許接受治療，即使本人父母或法定監護人所不許。
- 本人要分享的 PHI 可能包含一或多個以下狀況：
 - 行為 / 精神健康狀況
 - 物質使用障礙症診斷或治療（酒精 / 藥物）
 - 性傳染病（含 HIV/AIDS）
 - 生育健康（含避孕、產前護理和墮胎）

6. 保戶或授權代表簽名。

簽名	日期
正楷姓名	
係由法定代表簽署本表格者，請說明關係：（雙親、法定監護人、委託、個人代表）	

「Aetna」一詞涵蓋 Aetna 子公司、關係企業、員工、代理商，與協力廠商。

授權代表指具有代此人行事之合法證明之人。

代表代無法合法自行簽署之人簽名。如果保戶未滿 18 週歲，應由父或母或監護人代未成年人簽名。

代表簽署本表格者，則須送交可代此人行事的合法證明。

有疑問嗎？我們可以協助。請撥打 1-855-772-9076 致電 Aetna Better Health of California。

請簽名並傳回填妥表格，寄至：
Aetna HIPAA Member Rights Team
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079

或者傳真到： 859-280-1272

隨所有通知一起寄送

非歧視通知

歧視是違法的。Aetna Better Health of California 遵循州和聯邦民權法。Aetna Better Health of California 不會因性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族群認同、年齡、精神殘障、身體殘障、醫療狀況、基因資訊、婚姻狀況、社會性別、性別認同或性取向而歧視他人、將他們排除在外或給予他們不同待遇。

Aetna Better Health of California 提供：

- 向殘障人士提供免費協助和服務，幫助他們更好地進行溝通，比如：
 - ✓ 合格的手語翻譯員
 - ✓ 其他格式（大字體、音訊、可存取的電子格式及其他格式）的書面資訊
- 向母語並非英語的人士提供免費語言服務，比如：
 - ✓ 合格的翻譯員
 - ✓ 用其他語言書寫的資訊

如果您需要這些服務，請致電 Aetna Better Health of California，電話：

1-855-772-9076，我們全天候為您服務。如果您是聽障或語障人士，請致電 **TTY 711**。

本文件可應要求提供盲文、大字體、盒式磁帶或電子格式。要獲取任一備選格式的副本，請致電或撰寫信函寄送至：

Aetna Better Health of California
10260 Meanley Drive
San Diego, CA 92131
1-855-772-9076 (TTY: 711)

如何提出申訴

如果您認為 Aetna Better Health of California 因性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族群認同、年齡、精神殘障、身體殘障、醫療狀況、基因資訊、婚姻狀況、社會性別、性別認同或性取向而未能提供這些服務或在其他方面存在非法歧視行為，您可向 Aetna Better Health of California 提出申訴。您可透過電話、以書面形式、親自前往或以電子方式提出申訴

AetnaBetterHealth.com/California

「Aetna」一詞涵蓋 Aetna 子公司、關係企業、員工、代理商，與協力廠商。

- 透過電話：請致電 Aetna Better Health of California，電話：**1-855-772-9076**，我們全天候為您服務。或者，如果您是聽障或語障人士，請致電 **TTY 711**。
- 以書面形式：請填寫投訴表或撰寫投訴信，然後寄至：
**Aetna Better Health of California
Civil Rights Coordinator
10260 Meanley Drive
San Diego, CA 92131**
- 親自前往：請前往醫生診所或 Aetna Better Health of California 處，並聲明您想要提出申訴。
- 以電子方式：瀏覽 Aetna Better Health of California 網站：
AetnaBetterHealth.com/California。

民權辦公室 — 加州健康護理服務部

您還可以透過電話、以書面形式或以電子方式向加州健康護理服務部民權辦公室提出民權投訴：

- 透過電話：請致電 **916-440-7370**。如果您是聽障或語障人士，請致電 **711 (電信轉接服務)**。
- 以書面形式：請填寫投訴表或寄信至：
**Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**

投訴表格可在 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 取得。

- 以電子方式：請傳送電郵至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

民權辦公室 — 美國衛生與公眾服務部

如果您認為自己因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障情況或性別而受到歧視，您還可透過電話、書面方式或以電子方式向美國衛生與公眾服務部民權辦公室提出民權投訴：

AetnaBetterHealth.com/California

「Aetna」一詞涵蓋 Aetna 子公司、關係企業、員工、代理商，與協力廠商。

- 透過電話：請致電 **1-800-368-1019**。如果您是語障或聽障人士，請致電 **TTY/TDD 1-800-537-7697**。
- 以書面形式：請填寫投訴表或寄信至：

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

投訴表格可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 取得。

- 以電子方式：請瀏覽民權辦公室投訴入口網站：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

TAGLINES

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-385-4101 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-385-4101 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-385-4101 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-385-4101 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

Ուշադրություն: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1800-385-4101 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշվանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-385-4101 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ប្រាសាទជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-385-4101 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-385-4101 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese) 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-385-4101 (TTY: 711)。另外还 提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-385-4101 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر م یخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-385-4101 (TTY: 711) تماس بگیرید. کم کها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخ ههای خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-385-4101 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند .

