

Name: _____

MR#: _____

**拒絕授權請款用途之藥物濫用障礙 (SUD) 記錄披露
(REFUSAL TO AUTHORIZE FOR DISCLOSURE OF SUBSTANCE
USE DISORDER [SUD] RECORDS FOR BILLING)**

IMPRINT AREA

Kaiser Permanente的營運形式為綜合性健康護理供給系統。我們僅會在必要情況下（根據我們的判斷），因請款而準確記錄、審核與接收您的自我護理與健康護理營運補償而共享藥物濫用障礙 (Substance Use Disorder, SUD) 資訊。

SUD資訊受到聯邦條例規定保密和藥物濫用障礙患者記錄、42 聯邦法規法典 (Code of Federal Regulations, C.F.R.) 第2部分和1996年健康保險便利和責任法案 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)、45 C.F.R. 第160和164部分之保護，而且未經本人書面同意或依法規要求，Kaiser Permanente不得披露SUD資訊。

我們所要求的內容

授權您與Kaiser Foundation Health Plan, Inc、Southern California Permanente Medical Group (SCPMG)、Kaiser Foundation Hospitals (KFH) 及其他除了Kaiser Permanente外您有福利承保的組織共享您的SUD資訊、福利承保範圍及付款記錄；包括但不限於Medicare與Medicaid服務中心 (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)，包括這些組織的任何代理人或接任人，以準確記錄、審核與接收您的自我護理與健康護理營運補償。

簽署授權披露SUD請款資訊表格後，我們僅會共享在認知內出於必要的付款與營運目的的最低限度SUD資訊。該等實體可出於該等目的相互披露SUD資訊。

我們為何要求這一授權

Kaiser Permanente需要此授權進行付款、取得自我護理與健康護理營運。若您對於請款私隱有所顧慮，歡迎隨時洽詢會員服務部。

撤銷授權

患者與患者的個人代表可洽詢患者接受服務的成癮醫學科並取消授權，或提交書面申請至南加州地區的任何Kaiser Permanente醫療中心的資訊披露單位。除非遭到撤銷，否則此授權仍具效力，直至您不再受到Kaiser Foundation Health Plan, Inc.保險承保。

如果患者未來決定撤銷授權，將不再與患者有福利承保的Kaiser Foundation Health Plan (KFHP)、SCPMG、KFH及其他組織共享SUD資訊、福利承保範圍與付款記錄。

拒絕授權請款用途之藥物濫用障礙 (SUD) 記錄披露
(REFUSAL TO AUTHORIZE FOR DISCLOSURE OF SUBSTANCE
USE DISORDER [SUD] RECORDS FOR BILLING)

Name: _____

MR#: _____

IMPRINT AREA

拒絕授權披露SUD付款資訊

簽署此份「拒絕授權披露SUD請款資訊」表格，代表患者仍能夠在其KHFP承保範圍內使用並接受 Kaiser Permanente的一般護理與服務，**但是**患者將承擔其在Kaiser Permanente內因藥物濫用障礙而支付的治療費用與服務。需要一份機密保證人帳戶。

請告知Kaiser Permanente工作人員：

本人授權SUD資訊的最低限度共享，用於Kaiser Permanente衡量的請款與營運目的。：

必要行動：簽署授權披露SUD請款資訊表格

本人拒絕授權分享我的SUD醫療與相關請款資訊：

必要行動：簽署拒絕授權披露SUD請款資訊表格

如果您有疑問或疑慮，請詢問Kaiser Permanente服務代表、與部門經理或會員服務部洽談。

Name: _____

MR#: _____

**拒絕授權請款用途之藥物濫用障礙 (SUD) 記錄披露
(REFUSAL TO AUTHORIZE FOR DISCLOSURE OF SUBSTANCE
USE DISORDER [SUD] RECORDS FOR BILLING)**

IMPRINT AREA

本人拒絕授權向Kaiser Foundation Health Plan, Inc.、Southern California Permanente Medical Group (SCPMG)、Kaiser Foundation Hospitals (KFH) 及其他除了Kaiser Permanente外有福利承保的組織分享SUD資訊、福利承保範圍及付款記錄；包括但不限於Medicare與Medicaid服務中心 (CMS)，包括這些組織的任何代理人或接任人，以準確記錄、審核與接收您的自我護理與健康護理營運補償。

SUD資訊受到聯邦條例規定保密和藥物濫用障礙患者記錄、42 C.F.R. 第2部分和1996年健康保險便利和責任法案 (HIPAA)、45 C.F.R. 第160和164部分之保護，而且未經書面同意或依法規要求，不得披露該SUD資訊。

本人仍能夠接受Kaiser Permanente的一般護理與服務，但是本人將承擔其在Kaiser Permanente內因SUD而支付的治療費用與服務。Kaiser Permanente將會建立機密的保證人帳戶。

此拒絕授權披露SUD請款資訊書仍具效力，直至患者不再受到Kaiser Foundation Health Plan, Inc.保險承保。

拒絕授權披露SUD請款資訊可變更為授權披露SUD資訊。您必須簽署授權披露SUD請款資訊表格，這份文件可以在您接受服務的成癮醫學科取得。

如果接受護理的人士是未滿12歲的未成年人，則其家長或法定監護人需確認已經閱讀和理解本文件，且授權此類披露。**未成年人及其家長/法定監護人皆必須在下方簽名。**

超過12歲的未成年人可以不經家長允許，即同意治療和授權披露有關其治療的資訊，在此等情況下，僅該未成年人須在下方簽名。

若本授權書由家長/監護人或個人代表簽署，請以正楷書寫家長/監護人或個人代表的姓名及與患者的關係。

患者姓名 (正楷書寫)	患者簽名	日期/時間
患者家長/監護人 (正楷書寫)	關係	
患者家長/監護人簽名		日期/時間
證人 (正楷書寫)	證人 (簽名)	日期/時間
視譯人員 (若適用)	以正楷書寫口譯員姓名及識別號	
向患者閱讀文件內容的原因 (如適用)	閱讀人員 (員工姓名)	

聯邦機密通知

依據42 CFR第2.22節

Kaiser Permanente成癮醫學科（計劃）致力於保護您的隱私。州法與聯邦法會保護SUD健康記錄的機密性。此類機密受到聯邦法律及法規保護，如42 CFR第2部分所述。

計劃違反聯邦法律及法規（如42 CFR第2部分所述）即視為犯罪行為。若出現可疑的違規行為，可向出現該違規行為的司法管轄區的美國檢察官舉報。

加州中央區，美國檢察官辦公室

辦公室聯絡資訊
312 North Spring Street
Suite 1200
Los Angeles, California 90012
213-894-2400（電話）
213-894-0141（傳真）

如果您在任何時間擔心自己的隱私，我們建議您要求您的治療師或工作人員進行說明。

我們嚴禁Kaiser Permanente成癮醫學科（計劃）工作人員，向計劃以外的人員披露患者參加計劃，或是披露患者的任何SUD診斷識別資訊（除非您提供書面同意）。

有時，法律允許我們在未經您同意的情況下，向他人披露您的相關資訊。此類合法允許披露的情況有：

1. 發生緊急醫療情況和緊急精神病症狀時，須提供相關資訊以確保個人安全；
2. 提醒暴力行為的潛在受害者；
3. 向符合資格的人員披露資訊，用於審計、研究計劃評估（例如患者問卷調查）；
4. 舉報有嫌疑的兒童虐待或疏於照護之行為；
5. 您對計劃或任何計劃工作人員所犯之罪刑，或是威脅犯罪之相關資訊；以及
6. 回應法院命令，提供符合法律規定記錄類型標準的記錄。