

關於填寫 SAPC 付款與醫療保健營運同意書的說明

本同意書旨在授權支付為治療物質使用障礙 (substance use disorder, SUD) 所提供的所有服務，並授權您目前、過去及未來物質濫用預防與控制 (Substance Abuse Prevention and Control, SAPC) 網絡內的治療提供者向 SAPC (作為針對 SUD 服務的 Medi-Cal SUD 專門計劃) 披露您受《聯邦法規》第 42 編第 2 部分 (42 CFR Part 2) 保護的 SUD 健康資訊，以用於支付所接收的服務費用及進行其他醫療保健營運。根據《健康保險流通與責任法案》(HIPAA)，「醫療保健營運」包括一系列活動，例如執行/安排審計服務 (包括欺詐和濫用檢測)、合規計劃、業務管理及一般行政活動。本同意書亦授權向加州醫療保健服務部 (Department of Health Care Services, DHCS)、管理式醫療計劃 (Managed Care Plan, MCP) 及其他第三方付款人提交申請並進行支付，並授權披露提交及處理索賠所需的所有資訊。

請注意，您的授權是自願的，您可以拒絕簽署本同意書。然而，如果您不簽署本同意書，即表示您同意承擔所有付款責任，包括任何本應由 SAPC (作為 Medi-Cal SUD 專門計劃) 或任何適用第三方付款人支付或報銷的金額，且您將自行承擔所有相關的自付費用。請在繼續之前閱讀這些說明。

仔細閱讀各個部分

本表格包含多個部分，分別說明：

- 哪些資訊可能會被共享
- 誰可以發送和接收這些資訊
- 為什麼要共享這些資訊
- 資訊披露授權的有效期
- 您撤銷資訊披露授權的權利
- 您拒絕簽署的權利及其後果

請在簽署前仔細閱讀並審閱每個部分。

誰可以共享和接收您的資訊

簽署本表格，即表示您同意授權您目前、過去及未來 SAPC 網絡內的治療提供者向 SAPC (作為 Medi-Cal SUD 專門計劃) 披露您受《聯邦法規》第 42 編第 2 部分 (42 CFR Part 2) 保護的 SUD 健康資訊，以用於支付及進行其他醫療保健營運。您還將授權向 SAPC 或其他第三方付款人披露您病歷中的資訊，包括提交和處理索賠所需的所有資訊，例如您的姓名、出生日期、地址、醫療診斷及向您提供的服務。

請參閱第 II 部分“獲授權共享健康資訊的實體”和第 III 部分“其他重要資訊”。

查看您在 HIPAA 和 42 CFR Part 2 下的權利

本表格說明您在聯邦和州法律下的權利。您有權：

- 拒絕簽署此授權書
- 隨時以書面方式或親自前去撤銷您的授權
- 接收已填妥表格的副本
- 期望獲得保密保護，包括對重新披露的限制

有關您在 HIPAA 和 42 CFR Part 2 下權利的更多資訊，請參閱第 III 部分「其他重要資訊」及第 V 部分「隨附披露通知」。

授權有效期

本授權書不會過期，並將持續有效，除非您選擇撤銷。

有關您授權權利的更多資訊，請參閱第 III 部分「其他重要資訊」及第 VI 部分「撤銷同意」。

撤銷您的授權

您可以隨時透過書面方式或親自通知您的治療提供者或計劃來撤銷您的授權。撤銷行為**不會**撤銷在收到撤銷通知之前已經共享的資訊。在撤銷之前提供的服務，就付款和醫療保健運作而言，仍將被視為已獲授權。

有關如何撤銷授權的更多資訊，請參閱第 III 部分「其他重要資訊」及第 VI 部分「撤銷同意」。

電子交換與安全

所有披露（包括以電子方式進行的披露）必須遵守：

- **HIPAA 要求**
- **42 CFR Part 2**
- 其他適用的聯邦和州**保密法律**

簽署並註明日期

您的簽名表示您確認：

- 您**了解**表格上的資訊
- 您**授權披露**所述資訊
- 您**了解您在 HIPAA 和 42 CFR Part 2 下的權利**

如果您是以**法定代表**身份簽署，您必須註明您的授權資格。法定授權的例子包括父母、法定監護人、財產監護人、遺產執行人、授權書持有人和/或近親。您將需要提供額外的證明文件，以證實您有代表客戶同意的授權。

如果您作為記號簽名的見證人進行簽名，請填寫相應部分並提供您的資訊。

交回已填妥的表格

將簽署後的表格交回負責處理您請求的提供者、計劃或機構。您可以索取一份副本以供存檔。

物質濫用預防和控制 (SAPC)

付款與醫療保健營運同意書

同意書及披露目的：本同意書旨在授權支付為治療物質使用障礙 (substance use disorder, SUD) 所提供的所有服務，並授權我目前、過去及未來 SAPC 網絡內的治療提供者向 SAPC (作為針對 SUD 服務的 Medi-Cal SUD 專門計劃) 披露您受《聯邦法規》第 42 編第 2 部分 (42 CFR Part 2) 保護的 SUD 健康資訊，以用於支付及進行其他醫療保健營運。本同意書亦授權向加州醫療保健服務部 (Department of Health Care Services, DHCS)、管理式醫療計劃 (Managed Care Plan, MCP) 及其他第三方付款人提交申請並進行支付，並授權披露提交及處理索賠所需的所有資訊。

I. 客戶資訊		
姓名 (姓、名、中間名)：	出生日期：	Medi-Cal 編號：
郵箱地址： 提供您的電子郵件地址，即表示您授權 SAPC 及 SAPC 的提供者網絡透過電子郵件與您聯繫。	電話號碼：	SSN 後 4 位：
地址：		Sage ID 編號：
II. 獲授權共享健康資訊的實體		
我同意，我目前、過去及未來 SAPC 網絡內的治療提供者向 SAPC (作為 Medi-Cal SUD 專門計劃) 披露您受《聯邦法規》第 42 編第 2 部分 (42 CFR Part 2) 保護的 SUD 健康資訊，以用於支付及進行其他醫療保健營運。我授權向 SAPC 或其他第三方付款人披露我病歷中的資訊，包括提交和處理索賠所需的所有資訊，例如我的姓名、出生日期、地址、醫療診斷及向我提供的服務。		
III. 其他重要資訊		
簽署本同意書，即表示我了解： • 同意書的有效期 - 本授權將持續有效，直至另行撤銷為止。 • 我的酒精及/或藥物治療記錄受聯邦法規《藥物濫用患者記錄保密規定》(42 C.F.R. Part 2) 以及 1996 年《健康保險流通與責任法案》(HIPAA, 45 C.F.R. Parts 160 & 164) 的保護，除非法規另有許可，否則未經我的書面同意，不得披露。 • 拒絕簽署的權利：本同意書旨在用於支付我的醫療保健及其他醫療保健營運費用。我知悉，我有權拒絕簽署本同意書。如果我不簽署本同意書，即表示我同意承擔所有付款責任，包括任何本應由 SAPC (作為 Medi-Cal SUD 專門計劃) 或任何適用第三方付款人支付或報銷的金額，且我將自行承擔所有相關的自付費用。 • 我承認，本授權對於確定治療或福利資格或支付我所接受的治療是必要的，但 SAPC 不得將提供此授權作為向我提供治療的條件。 • 我有權獲得本同意書的副本。本同意書的副本與正本具有同等效力。 • 資訊再披露 - 與酒精或藥物治療相關並向涵蓋實體或業務夥伴披露的資訊，可根據 HIPAA 法規中包含的許可進行再披露。 • 再披露限制 - 除非另有專門用於此目的且符合 42 C.F.R. Part 2		

的同意書，否則披露的資訊不得在針對客戶的民事、刑事、行政及立法程序中進行再披露。

- 我有權隨時以書面形式或親自向我的物質使用障礙治療提供者撤銷本同意書，但我的提供者或其他合法持有人已依據該同意書採取行動的情況除外。我可以使用本同意書上的「撤銷同意」部分，以書面形式終止本同意書。一旦收到我的「撤銷同意」通知，我的提供者或 SAPC 未來披露資訊的同意將被撤銷。我了解，在撤銷本同意書之前所做的披露無法撤回，且接收披露的實體無需歸還或處置這些披露的資訊。

IV. 客戶或法定代表人簽名

簽署下方內容，即表示我承認已閱讀本同意書，並了解我的簽名授權披露本表格所述的我的健康資訊。我了解簽署本表格是自願的，且我有權拒絕簽署。

客戶或客戶法定代表人的姓名及簽名：

如果客戶無法書寫，可以在簽名處做記號。記號簽名需要兩名見證人。見證人須在指明用於寫下客戶姓名的行上寫下客戶的姓名，並在下方指明用於見證人寫下自己的姓名並簽名的空白處之一寫下姓名並簽名。第二位見證人必須在另一空白處寫下其姓名並簽名，以確認客戶以記號方式簽名。

正楷姓名（名、中間名及姓） 簽名 月 / 日 / 年

若由客戶的法定代表人簽署，請說明關係及授權依據：

如果客戶無法書寫並已在上方以記號作為簽名，則需要兩名見證人在下方寫下姓名並簽名，以完成見證部分。

1. _____ 2. _____
見證人正楷姓名（名、中間名及姓） 見證人正楷姓名（名、中間名及姓）

簽名 簽名

V. 隨附披露資訊通知

此份披露給您的記錄受聯邦保密規則 ([42 CFR part 2](#))

保護。這些規則禁止您在任何聯邦、州或地方當局針對客戶的民事、刑事、行政或立法程序中，使用或披露此記錄，或描述此記錄中所含資訊的證詞，除非獲得客戶同意授權，或依據 [42 CFR 2.12\(c\)\(5\)](#) 的規定，或經法院依據 [42 CFR 2.64](#) 或 [2.65](#) 授權。此外，聯邦規則禁止您對此記錄進行任何其他使用或披露，除非適用以下至少一項情況：

- (i) 資訊所屬個人以書面同意明確許可進一步使用或披露，或依據 [42 CFR part 2](#) 的其他許可。
- (ii) 您是被涵蓋實體或業務夥伴，並已收到該記錄，以用於治療、付款或醫療保健營運，或
- (iii) 您已從被涵蓋實體或業務夥伴處收到該記錄，且符合 [45 CFR part 164, subparts A 及 E](#) 的許可。

一般的醫療或其他資訊披露授權不足以滿足進一步使用或再披露記錄所需的書面同意要素（參見 [42 CFR 2.31](#)）。

VI.撤銷同意

我有權隨時填寫本部分並透過郵寄方式或親自將我的「撤銷同意書」提交給我的物質使用障礙治療提供者，從而撤銷本同意書，但我的提供者或其他合法持有人已根據該同意書採取行動的情況除外。

物質使用障礙治療提供者機構的郵寄地址：

機構名稱：_____

街道地址（第 1 行）：_____

街道地址（第 2 行：公寓/套房/單元）：_____

城市、州和郵遞區號：_____

一旦收到我的撤銷同意書，我的醫療服務提供者將撤銷該同意書，不再進行未來的資訊披露。在收到撤銷通知之前所做的披露無法撤回。

本人在下方簽名，即表示撤銷我對未來為支付和醫療保健運營目的而披露資訊的同意。我了解在收到此撤銷通知之前所做的任何披露均無法撤銷或收回。

客戶或客戶法定代表人的姓名及簽名：

如果客戶無法書寫，可以在簽名處做記號。記號簽名需要兩名見證人。見證人須在指明用於寫下客戶姓名的行上寫下客戶的姓名，並在下方指明用於見證人寫下自己的姓名並簽名的空白處之一寫下姓名並簽名。第二位見證人必須在另一空白處寫下其姓名並簽名，以確認客戶以記號方式簽名。

正楷姓名（名、中間名和姓） 簽名 月 / 日 / 年

若由客戶的法定代表人簽署，請說明關係及授權依據：

如果客戶無法書寫並已在上方以記號作為簽名，則需要兩名見證人在下方寫下姓名並簽名，以完成見證部分。

1. _____ 2. _____
見證人正楷姓名（名、中間名及姓） 見證人正楷姓名（名、中間名及姓）

簽名 簽名

直接向 SAPC

提交資訊披露同意書的客戶，可以透過安全電子郵件或郵寄方式將填妥的撤銷同意書寄回至下方列出的地址。須附上其官方政府簽發的身分證件副本，以驗證請求的合法性。

SAPC 郵寄地址
Substance Abuse Prevention and Control
1000 South Fremont Ave.
Bldg.A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

電子郵件地址：
SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

請注意：對於並非直接向 SAPC 提交資訊披露同意書的客戶，若向 SAPC 提交撤銷請求，或提交的請求未附上有效的政府簽發身分證件副本，將不予處理。



如何填寫 SAPC 付款與醫療保健營運同意書

同意書及披露目的（表格頂部）

本部分說明您正在授權以下事項：

- SAPC 接收您的 SUD 資訊以用於**支付和醫療保健運營**，以及
- SAPC、DHCS、MCPs 和其他付款人接收**提交和處理索賠**所需的資訊。
- 如果您希望 SAPC 就您的 SUD 服務向 Medi-Cal 或其他付款人收費，則**需要填寫此表格**。

第 I 部分 — 客戶資訊

填寫您的個人資訊，以便 SAPC 和您的醫療服務提供者能正確識別您的記錄。

1. **姓名**：填寫您的完整法定姓名（姓、名、中間名）。
2. **出生日期**：使用月/日/年（MM/DD/YYYY）格式。
3. **Medi-Cal 號碼**：輸入您的 Medi-Cal 號碼（如有）。
4. **電子郵件地址**：輸入您的常用電子郵件。
5. **電話號碼**：最方便聯繫您的電話號碼。
6. **SSN 後 4 位**：僅輸入您社會保障號碼的最後四位數字。如果您沒有 SSN 或不知道您的 SSN 是什麼，請留空。
7. **地址**：您目前的郵寄地址。
8. **Sage ID 號碼**：提供您的 Sage EHR 病歷號碼（如果知道）。如果不知道，請留空或詢問您的醫療服務提供者。

第 II 部分 — 獲授權共享健康資訊的實體

此部分無需填寫。本部分說明您正在授權您目前、過去和未來的 SAPC 治療提供者向 SAPC 以及第三方付款人（DHCS、MCP、保險計劃）披露您的 SUD 資訊，以用於**支付和醫療保健運營**。

第 III 部分 — 其他重要資訊

您無需在此部分填寫任何內容。請仔細閱讀每個小節。

- **有效期**：您的同意書將持續有效，直到您撤銷為止。
- **保護**：您的記錄受到聯邦法律 **42 CFR Part 2** 和 **HIPAA** 的保護。
- **拒絕簽署的權利**：您可以拒絕簽署，在此情況下，您將需要自行承擔您的醫療服務相關費用。
- **獲取副本的權利**：您可以要求獲取已簽名的同意書的副本。
- **再披露**：在有限的情況下，您的部分資訊可能會根據 HIPAA 進行再披露。
- **法律保護**：未經單獨同意，您的資訊不得用於法律訴訟。
- **撤銷權**：您可以隨時撤銷此同意。已分享的資訊無法撤回。

第 IV 部分 — 客戶或法定代理人簽名

這是您正式授權發佈資訊的部分。

1. **正楷姓名**：您的完整法定姓名。
2. **簽名**：簽署您的姓名。
 - a. 若您無法書寫，可以記號方式簽名。
 - b. 若以記號方式簽名，須由**兩位見證人**填寫見證人部分。
3. **日期**：填寫簽署日期。
4. **若由法定代理人簽署**：
 - a. 說明關係（例如：父母、監護人等）。
 - b. 說明授權（例如：法院命令、監護權等）。
5. **見證人部分** （僅在客戶以記號方式簽名時使用）

兩位見證人必須：

- 以正楷體清晰寫下其姓名
- 簽署其姓名

若法定代理人代表客戶簽署，必須說明其關係及具備的法律授權。若客戶以授權方式簽名，兩位見證人必須以正楷體寫下其姓名並簽名。

第 V 部分 — 隨附披露通知

這是隨附於您資訊的必要 42 CFR Part 2

保密通知。此部分無需填寫。「隨附披露通知」是一份保密通知，將隨同本表格簽署授權所發佈的記錄一併提供。此保密通知旨在告知記錄接收者，所接收的記錄受州及聯邦保密法保護，不得與本同意書未授權的其他實體分享。

第 VI 部分 — 撤銷同意

僅在您希望撤銷同意時（即未來某個時間點）填寫此部分。

第 1 步 — 提供者資訊

填寫治療提供者的相關資訊：

- 機構名稱
- 完整郵寄地址

第 2 步 — 撤銷簽名

1. 以正楷體寫下您的姓名
2. 簽署您的姓名（或以記號方式簽名）。
3. 註明撤銷日期（月/日/年）
4. 若由法定代理人簽署，請說明其關係及簽署授權
5. 若直接提交給 SAPC，請附上您的政府核發身分證件副本，以供核實身分

第 3 步 — 見證人（若以記號方式簽名）

兩位見證人必須以正楷體寫下其姓名並簽名。

第 4 步 — 提交撤銷申請

若您最初是直接向 SAPC 提交同意書，您可以透過以下方式發送撤銷申請：

- 透過安全電子郵件發送至 SAPC-HIM@ph.lacounty.gov（必須附上您的政府核發身分證件副本）
- 透過郵寄方式寄至表格上列出的 SAPC 地址

請依照表格上的說明，將撤銷申請發送給您的提供者、機構或 SAPC。

其他定義

授權/同意

一份符合所有 42 CFR Part 2 要求的書面簽署文件，包括：

- 披露目的
- 誰可以披露
- 誰可以接收
- 哪些資訊可能會被共享
- 有效期
- 簽名與日期

每份 SAPC ROI 表格均旨在符合就某特定目的提出的相關要求

護理協調

提供者之間的溝通與協作，以支援客戶的治療、轉診、個案管理及護理連續性。

客戶

接受物質使用障礙（SUD）服務的個人。客戶是指在簽署 ROI 時，其受保護健康資訊（PHI）可能會被共享的個人。

實體

任何獲授權接收或披露 SUD 資訊的組織、機構、提供者、法院、律師或個人。範例：SAPC 提供者、DHCS、管理式醫療計劃、法院、緩刑部門、初級保健提供者。

法律程序

任何可能要求或使用 SUD

資訊來對抗客戶的刑事、民事、行政或立法程序。範例：法庭聽證會、緩刑、兒童福利案件、社會安全福利裁定聽證會。

法定代理人

依法獲授權代表客戶做出決定的人。範例：

- 法院指定的監護人
- 法定監護人
- 未成年人的父母（僅在擁有書面法律授權時方可簽署 ROI）。

最小必要標準

根據 HIPAA 定義，僅可分享滿足同意目的所需的最少量資訊。

付款與醫療保健營運

計費、支付或管理 SUD 服務所需的行政活動，包括：

- Medi-Cal 計費
- 資格審核
- 利用率審查
- 質量提升
- 審計與合規審查

再披露

在初次披露後對 SUD 資訊的任何分享行為。根據 42 CFR Part 2，除法律程序外，**允許**再披露。

撤銷同意

客戶有權隨時撤回其同意。撤回同意無法撤銷在同意有效期間內已經完成的披露。撤銷必須以書面形式進行，或使用 ROI 表格中的撤銷部分完成。

第三方付款人

除客戶本人外，任何負責支付或償付 SUD 服務費用的實體。範例：Medi-Cal、DHCS、管理式醫療計劃、私人保險。

治療提供者 / SAPC 提供者網絡

任何與洛杉磯縣 SAPC 簽約的 SUD 治療計劃，包括門診、住院、OTP、戒斷管理及康復支援計劃。

見證人

親眼看到客戶以記號方式簽署 ROI 的人（當客戶無法進行親筆簽名時）。必須有兩 (2) 名見證人以正楷體寫下並簽署其姓名，該簽名方被視為有效。