填写SAPC付款与医疗运营同意书的说明

本同意书的目的是授权为治疗物质使用障碍（SUD）所提供的一切服务付款，并允许将您受**《美国联邦法规》（CFR）第42编第2部分**保护的SUD健康信息，从药物滥用预防与控制（SAPC）提供者网络内您当前、既往和未来的治疗提供者那，披露给SAPC；SAPC以其作为SUD服务的Medi-Cal Specialty SUD（Medi-Cal专业物质使用障碍服务）计划的角色，为已接受服务的付款及其他医疗运营目的接收上述信息。根据HIPAA，“医疗运营”包括一系列活动，例如开展/安排审计服务，包括欺诈与滥用检测、合规计划、业务管理和一般行政活动。本同意书还授权向加州医疗保健服务部（DHCS）、管理式医疗计划（MCP）及其他第三方付款人提交信息和付款，并授权披露提交和处理索赔所需的一切信息。

请注意，您的授权是自愿的，您可以拒绝签署本同意书。但是，如果您不签署本同意书，您即接受所有付款责任，包括原本会向SAPC（作为Medi-Cal Specialty SUD计划的角色）或任何适用第三方付款人开具账单或由其报销的任何金额；您将负责所有相关自付费用。继续之前，请审阅这些说明。

仔细阅读每一部分

本表包括若干部分说明：

- 可共享**哪些信息**
- **谁**可以发送和接收信息
- **为何**共享信息
- 信息发布授权的**持续期限**
- **您**撤销信息发布授权**的权利**
- **您**拒绝签署**的权利**及其后果

签署前，请**通读并审阅每一部分**

谁可以共享和接收您的信息

签署本表即表示您同意授权，将受42 CFR第2部分保护的SUD健康信息，从SAPC提供者网络内当前、既往和未来的治疗提供者，共享给SAPC；SAPC作为Medi-Cal Specialty SUD计划的角色，为付款及其他医疗运营目的接收上述信息。您还将授权将您医疗记录中的信息披露给SAPC或其他第三方付款人，包括提交和处理索赔所需的一切信息，例如您的姓名、出生日期、地址、医疗诊断以及向您提供的服务。

请参阅第II节“获授权共享健康信息的实体”和第III节“其他重要信息”。

审阅您在HIPAA和42 CFR第2部分下的权利

本表载明您在联邦和州法律下的权利。您有权：

- **拒绝签署**本授权
- 随时以书面或亲自方式**撤销**您的授权
- **获得**已填写表格的**副本**
- **期望保密保护**，包括再披露限制

有关您在HIPAA和42 CFR第2部分下权利的更多信息，请参阅第III节“其他重要信息”和第V节“随披露提供的通知”。

授权到期

本授权不会到期；除非您选择撤销，否则将持续有效。

请参阅第III节“其他重要信息”和第VI节“撤销同意”来了解有关更多您的授权权利信息，。

撤销您的授权

您可以随时书面或当面通知您的治疗提供者或项目，从而撤销您的授权。撤销**不会**使收到撤销前已共享的信息失效。撤销前提供的服务，就付款和医疗运营目的而言，仍将被视为已获授权。

当未成年人接受SUD咨询或治疗需要父母、监护人或法定代表的同意时，撤销部分必须由未成年人**和**父母、监护人或法定代表签署。父母、监护人或法定代表应在第IV节“客户或法定代表签名”下的第一个签名行正楷书写其全名、签名并注明日期，并在第一个签名行下方一行说明其与客户的关系。未成年人应在第一个见证人签名字段正楷书写其姓名并签名。

请参阅第III节“其他重要信息”和第VI节“撤销同意”了解更多关于如何撤销您授权的信息。

电子交换与安全

所有披露——包括以电子方式作出的披露——必须遵守：

- **HIPAA** 要求
- **42 CFR第2部分**
- 其他适用的联邦和州**保密法律**

在表格上签名并注明日期

您的签名确认：

- 您**理解**表格上的信息
- 您**授权披露**所述**信息**
- 您**理解**自己在HIPAA和42 CFR第2部分下**的权利**

如果您作为**法定代表**签署，必须说明您的权限。法定权限的示例包括父母、法定监护人、保护人、遗产执行人、授权代理人和/或近亲。您将需要提供额外文件，以证实您有权代表客户作出同意。

如果您作为以标记签名的见证人签署，请填写相应部分，提供您的信息。

当未成年人接受SUD咨询或治疗需要父母、监护人或法定代表的同意时，同意书必须由未成年人**和**父母、监护人或法定代表签署。父母、监护人或法定代表应在第IV节“客户或法定代表签名”下的第一个签名行正楷书写其全名、签名并注明日期，并在第一个签名行下方一行说明其与客户的关系。未成年人应在第一个见证人签名字段正楷书写其姓名并签名。

交回已填写的表格

将已签署的表格交回负责处理您请求的提供者、项目或机构。您可以申请一份副本供自己留存。

COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

药物滥用预防与控制（SAPC）

付款与医疗运营同意书

同意与披露的目的： 本同意书的目的是授权为治疗物质使用障碍（SUD）所提供的一切服务付款，并允许将我受42 CFR第2部分保护的 SUD 健康信息，从我当前、既往和未来的SAPC提供者网络内治疗提供者那，披露给 SAPC；SAPC以其作为SUD服务的Medi-Cal Specialty SUD计划的角色，为付款及其他医疗运营目的接收上述信息。本同意书还授权向加州医疗保健服务部（DHCS）、管理式医疗计划（MCP）及其他第三方付款人提交信息和付款，并授权披露提交和处理索赔所需的一切信息。

I. 客户信息		
姓名（姓、名和中间名）：	出生日期：	Medi-Cal #：
电子邮箱地址： 提供电子邮箱地址，即表示您授权SAPC和SAPC的提供者网络通过电子邮件联系您。	电话号码：	社会安全号码后4位：
地址：		Sage ID #：

II. 获授权共享健康信息的实体

我同意将我受42 CFR第2部分保护的SUD健康信息，从我当前、既往和未来的 SAPC 提供者网络内治疗提供者，披露给SAPC；SAPC以其作为 SUD 服务的Medi-Cal Specialty SUD计划的角色，为付款及其他医疗运营目的接收上述信息。我授权将我的医疗记录中的信息披露给SAPC或其他第三方付款人，包括提交和处理索赔所需的一切信息，例如我的姓名、出生日期、地址、医疗诊断以及向我提供的服务。

III. 其他重要信息

签署本同意书即表示我理解：

- **同意到期日**——本授权将持续有效，直至另行撤销。
- 我的酒精和/或药物治疗记录受保密和药物滥用患者记录的联邦法规42 C.F.R.第2部分的保护，以及《1996年健康保险流通与责任法案》（“HIPAA”）45 C.F.R.第160和164部分保护；除非法规另有允许，未经我的书面同意不得披露。
- **不签署的权利：**本同意书用于支付我的医疗费用及其他医疗运营。我知道我有权不签署本同意书。如果不签署本同意书，我将承担所有付款责任，包括原本会向作为Medi-Cal Specialty SUD计划的SAPC或任何适用第三方付款人开具账单或由其报销的任何金额；我将承担所有相关自付费用。
- 我确认本授权对于确定治疗或福利资格，或支付我接受的治疗是必要的，但SAPC不能以提供本授权作为我接受治疗的条件。
- 我有权获得本同意书副本。本同意书副本与原件具有同等效力。
- **再披露信息**——向受管辖实体或业务伙伴披露的酒精或药物治疗相关信息，可依据HIPAA法规中的许可进行再披露。
- **再披露限制**——未经符合42 C.F.R.第2部分、仅用于此目的的额外同意书，已披露信息不得在对客户提起的民事、刑事、行政和立法程序中再披露。
- 我有权随时以书面或当面方式向我的物质使用治疗提供者撤销本同意书，但我的提供者或其他合法持有人已依赖该同意采取行动的范围除外。我可以使用本同意书中的“撤销同意”部分，以书面方式终止本同意书。一旦收到我的撤销同意，我的提供者或SAPC将撤销本同意书，以停止未来信息披露。我理解，撤销本同意书之前已经作出的披露无法取回，且接收披露的实体无须返还或处置该披露信息。

IV. 客户或法定代表签名

在下方签名即表示我确认已阅读本同意书，并理解我的签名授权按本表所述披露我的健康信息。我理解签署本表是自愿的，我有权拒绝签署。

客户或客户法定代表姓名及签名：

如果客户不会写字，可以在签名行上画标记。以标记签名需要两名见证人。一名见证人必须在指定为客户姓名的行上写上客户姓名，并在其中一条“正楷书写见证人姓名”行上写上自己的姓名，并在下方指定见证人处签名。第二名见证人必须在另一条“正楷书写见证人姓名”行上写上自己的姓名，并在另一见证人处签名，以确认客户以标记签名。

_____ _____ _____ / _____ / _____

正楷书写姓名（名、中间名和姓） 签名 月 日 年

如由客户法定代表签署，请说明关系及签署权限：

_____

见证人姓名及签名：

如果客户不会写字，并在上方以标记作为签名，则需两名见证人填写见证部分，在下方写上姓名并签名。

1. _____
正楷书写见证人姓名（名、中间名和姓）

_____
签名

2. _____
正楷书写见证人姓名（名、中间名和姓）

_____
签名

V. 随披露提供的通知

已向您披露的本记录受联邦保密规则（42 CFR第2部分）保护。这些规则禁止您在任何联邦、州或地方当局针对客户提起的民事、刑事、行政或立法程序中，使用或披露本记录，或描述本记录所含信息的证言，除非经客户同意授权，或42 CFR 2.12（c）（5）规定，或法院依据42 CFR 2.64或2.65授权。此外，联邦规则禁止您对本记录作任何其他使用或披露，除非至少符合以下一项：

（i）进一步使用或披露经本记录中信息所属个人的书面同意明确许可，或42 CFR第2部分另有许可。

（ii）您是受管辖实体或业务伙伴，并因治疗、付款或医疗运营收到本记录，或

（iii）您从受管辖实体或业务伙伴收到本记录，且符合45 CFR第164部分A子部分和E子部分的许可。

一般性医疗或其他信息发布授权，不足以满足进一步使用或再披露本记录所需的书面同意要素（见42 CFR 2.31）。

VI. 撤销同意

我有权随时通过填写本节并以邮寄或当面方式向物质使用治疗提供者提交撤销同意，从而撤销本同意书；但我的提供者或其他合法持有人已依赖该同意采取行动的范围除外。

物质使用治疗提供者机构的邮寄地址：

组织名称：_____

街道地址（第1行）：_____

街道地址（第2行：公寓/套房/单元）：_____

城市、州和邮政编码：_____

一旦收到我的撤销同意，我的提供者将撤销本同意书，以停止未来信息披露。收到撤销前作出的披露无法取回。

通过下方签名，我撤销用于付款和医疗运营的未来信息披露同意。我理解，收到本撤销前作出的任何披露均无法取消或取回。

客户或客户法定代表姓名及签名：

如果客户不会写字，可以在签名行上画标记。以标记签名需要两名见证人。一名见证人必须在指定为客户姓名的行上写上客户姓名，并在其中一条“正楷书写见证人姓名”行上写上自己的姓名，并在下方指定见证人处签名。第二名见证人必须在另一条“正楷书写见证人姓名”行上写上自己的姓名，并在另一见证人处签名，以确认客户以标记签名。

_____ _____ _____/_____/_____

正楷书写姓名（名、中间名和姓） 签名 月 日 年

如由客户法定代表签署，请说明关系及签署权限：

_____

见证人姓名及签名：

如果客户不会写字，并在上方以标记作为签名，则需两名见证人填写见证部分，在下方写上姓名并签名。

1. _____
正楷书写见证人姓名（名、中间名和姓）

_____
签名

2. _____
正楷书写见证人姓名（名、中间名和姓）

_____
签名

直接向SAPC提交信息发布同意书的客户，可通过安全电子邮件或邮寄至下列地址交回已填写的撤销同意表。必须附上政府签发的官方身份证件副本，以核实请求的合法性。

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

电子邮箱地址：
SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

请注意：对于未直接与SAPC完成信息发布同意书而向SAPC提交的撤销请求，或未附有效政府签发身份证件副本的请求，将不予处理。

如何填写SAPC付款与医疗运营同意书

同意与披露目的（表格顶部）

本节说明您正在授权：

- SAPC为**付款和医疗运营**接收您的SUD信息，以及
- SAPC、DHCS、MCP及其他付款人接收**提交和处理索赔**所需的信息。
- 如果您希望SAPC就您的SUD服务向Medi-Cal或其他付款人开具账单，则**必须提供本表**

第 I 节——客户信息

填写您的个人信息，以便SAPC和您的提供者正确识别您的记录。

1. **姓名：**填写您的完整法定姓名（姓、名、中间名）。
2. **出生日期：**请使用月/日/年格式。
3. **Medi-Cal #：**如有Medi-Cal编号，请输入。
4. **电子邮箱地址：**填写您经常查看的电子邮箱。
5. **电话号码：**能联系到您的最佳电话号码。
6. **社会安全号码后4位：**仅输入社会安全号码后四位。如果您没有SSN或不知道自己的SSN，请留空。
7. **地址：**您当前的邮寄地址。
8. **Sage ID #：**如知道，请提供您的Sage EHR病历号。如不知道，请留空或询问您的提供者。

第 II 节——获授权共享健康信息的实体

本节无需填写。本节说明，您授权您**当前、既往和未来的SAPC治疗提供者**将您的SUD信息披露给**SAPC及第三方付款人**（DHCS、MCP、保险计划），用于**付款和医疗运营**

第 III 节——其他重要信息

您无需在本节填写任何内容。请仔细阅读每个小节。

- **到期：**您的同意持续有效，直至您撤销。
- **保护：**您的记录受**42 CFR第2部分**和**HIPAA**项下的联邦法律保护。
- **不签署的权利：**您可以拒绝签署；如拒绝，您将负责**与您的护理相关的费用**。
- **获得副本的权利：**您可以申请已签署同意书的副本。
- **再披露：**在有限情况下，您的部分信息可能依据HIPAA被再披露。
- **法律保护：**未经单独同意，您的信息不得在法律程序中使用。
- **撤销权：**您可以随时撤销本同意。已共享的信息无法收回。

第 IV 节——客户或法定代表签名

您在此正式授权披露。

1. **正楷书写姓名：**您的完整法定姓名。
2. **签名：**签署您的姓名。
    a. 如您不会写字，可以标记签名。
    b. 如以标记签名，必须由**两名见证人**填写见证部分。
3. **日期：**填写签署日期。
4. **如由法定代表签署：**
    a. 说明关系（例如父母、监护人等）。
    b. 说明权限（例如法院命令、监护关系等）。
5. **见证部分**（***仅当客户以标记签名，或客户为未成年人且需要其父母/监护人/法定代表同意时***）
    两名见证人必须：

- 用正楷清晰书写姓名
- 签名

如**法定代表**签署，必须说明其关系及法定权限。如客户**以标记签名**，必须由两名见证人正楷书写姓名并签名。

当未成年人接受SUD咨询或治疗需要父母、监护人或法定代表的同意时，同意书必须由未成年人**和**父母、监护人或法定代表签署。父母、监护人或法定代表应在第IV节"客户或法定代表签名"下的第一个签名行正楷书写其全名、签名并注明日期，并在第一个签名行下方一行说明其与客户的关系。未成年人应在第一个见证人签名字段正楷书写其姓名并签名。

第 V 节——随披露提供的通知

这是将随您信息提供的、42 CFR第2部分要求的保密通知。本节无需填写。随披露提供的通知是一份保密通知，将随经签署本表授权发布的记录一并提供。该保密通知告知接收方，所收到的记录受州和联邦保密法律保护，不得与未经本同意书授权的其他实体共享。

第 VI 节——撤销同意

仅当您希望撤销同意（即未来撤销）时填写本节。

第1步——提供者信息

填写治疗提供者的：

- **组织名称**
- **完整邮寄地址**

第2步——撤销签名

1. **正楷书写您的姓名**
2. **签署您的姓名（或画标记）。**
3. **注明撤销日期（月/日/年）**
4. 如**法定代表**签署，**说明关系及权限**
5. 如直接提交给SAPC，请**附上政府签发身份证件副本**，以核实您的身份。

第3步——见证人（如以标记签名，或客户为未成年人且需要其父母/监护人/法定代表同意）

两名见证人，或未成年人，必须正楷书写姓名并签名。

第4步——提交撤销

如果您最初直接向SAPC提交同意书，您可以通过以下方式发送撤销：

- **通过安全电子邮件**发送至SAPC-HIM@ph.lacounty.gov（必须附政府签发身份证件副本）
- **邮寄**至表格上列出的SAPC地址

请按照表格上的说明，将撤销发送给您的提供者、机构或SAPC。

附加定义

授权/同意

符合所有42 CFR第2部分要求的书面签署文件，包括：

- 披露目的
- 谁可以披露
- 谁可以接收
- 可共享哪些信息
- 到期

- 签名和日期

每份 SAPC 信息发布（ROI）表均旨在满足其特定用途的这些要求。

照护协调

提供者之间的沟通与协作，以支持客户的治疗、转介、个案管理和护理连续性。

客户

接受物质使用障碍（SUD）服务的个人。客户是签署ROI后其受保护的健康信息（PHI）可能被共享的人。

实体

任何获授权接收或披露SUD信息的组织、机构、提供者、法院、律师或个人。示例：SAPC提供者、DHCS、管理式医疗计划、法院、缓刑部门、初级保健提供者。

法律程序

任何可能要求或使用SUD信息来针对客户的刑事、民事、行政或立法程序。示例：法院听证、缓刑、儿童福利案件、社会保障福利裁定听证。

法定代表

获法律授权代表客户作出决定的人。示例：

- 法院指定的保护人
- 法定监护人
- 未成年人的父母。仅当他们拥有书面法定权限时，才可签署ROI。

最小必要标准

根据HIPAA定义，仅可共享实现同意目的所需的最少信息。

付款与医疗运营

开具账单、付款或管理SUD服务所需的行政活动，包括：

- Medi-Cal账单
- 资格核查
- 使用情况审查
- MCP数据要求
- 质量改进
- 审计与合规审查

再披露

初次披露后对SUD信息的任何共享。根据42 CFR第2部分，除法律程序外，**允许**再披露。

撤销同意

客户有权随时撤回同意。撤回同意不能使同意有效期间已作出的既往披露失效。撤销必须以书面形式作出，或使用ROI表的撤销部分完成。

第三方付款人

除客户本人外，负责支付或报销SUD服务的任何实体。示例：Medi-Cal、DHCS、管理式医疗计划、私人保险。

治疗提供者/SAPC提供者网络

与洛杉矶县SAPC签约的任何SUD治疗项目，包括门诊、住宿式治疗项目、OTP、戒断管理和康复支持项目。

见证人

观察客户**以标记**签署ROI（当客户无法书写签名时）的人。必须有两（2）名见证人正楷书写姓名并签名，标记签名方视为有效。