SAPC付款和醫療保健營運同意書填寫說明

本同意書的目的是授權支付所有用於治療物質使用障礙（SUD）的服務費用，並允許發布將您受**42《美國聯邦法規彙編》（CFR）第2部分**保護的 SUD 健康訊息從您在藥物濫用預防和控制（SAPC） 提供者網路中的當前、過去和未來的治療提供者處，傳輸SAPC，其作為Medi-Cal專業SUD（Medi-Cal Specialty SUD）計劃的SUD服務提供者，用於支付所接受的服務和其他醫療保健運營費用。根據HIPAA，“醫療保健營運”包括一系列活動，例如進行/安排審計服務，包括詐欺和濫用偵測、合規計畫、業務管理和一般行政活動。該同意書還授權向加州醫療保健服務部（DHCS）、管理式醫療計劃 (MCP) 和其他第三方付款人提交和支付款項，並授權發布提交和處理索賠所需的所有資訊。

請注意，您的授權是自願的，您可以拒絕簽署此同意書。但是，如果不簽署此同意書，您將承擔所有付款責任，包括原本應由SAPC作為Medi-Cal specialty SUD計劃以及任何適用的第三方付款人向其收取或報銷的任何款項，並且您將承擔所有相關的自付費用。請在繼續操作前仔細閱讀這些說明。

仔細閱讀每一部分

此表格包含以下幾個部分，分別描述：

- **哪些訊息**可以共享
- **誰**可以發送和接收訊息
- **為什麼**資訊正在共享
- 資訊發布授權的有效期限為**多久**
- **您**撤銷資訊發布授權的**權利**
- **您**拒絕簽名**的權利**及其後果

請簽字前務必仔細**閱讀並審閱每一部分**。

誰可以分享和接收您的訊息

簽署此表格，即表示您同意授權SAPC作為Medi-Cal specialty SUD計劃的作用，把您受42 CFR第2部分保護的SUD健康信息由來自SAPC提供者網路內當前、過去和未來治療提供者提供給SAPC，用於支付和其他醫療保健運營。您還將授權將您的醫療記錄中的信息披露給SAPC或其他第三方付款人，包括提交和處理索賠所需的所有信息，例如您的姓名、出生日期、地址、醫療診斷以及為您提供的服務。

請參閱第II部分“有權分享健康資訊的實體”和第III部分“其他重要資訊”。

查看您在HIPAA和42 CFR第2部分下的權利

本表格列明您根據聯邦和州法律享有的權利。您有權：

- **拒絕簽字**此授權
- 您可隨時以書面或當面**撤銷**授權。
- **收到一份已填妥的表格副本**
- **期望獲得保密保護**包括再揭露限制

請參閱第III部分“其他重要信息”和第V部分“披露通知”，瞭解您在HIPAA和42 CFR第2部分下更多權利信息。

授權到期

此授權不會過期，除非您選擇撤銷，否則將一直有效。

有關您的授權權利的更多信息，請參閱第III部分“其他重要資訊”和第VI部分“撤銷同意”。

撤銷您的授權

您可以隨時透過書面或當面通知您的治療提供者或項目來撤銷您的授權。撤銷通知收到前已分享的資訊**不撤銷**。撤銷通知前提供的服務仍將被視為已獲授權，可用於支付和醫療保健營運。

當需要父母、監護人或法定代表人的同意才能對未成年人進行藥物濫用諮詢或治療時，撤銷條款必須由未成年人**和**父母、監護人或法定代表人共同簽署。父母、監護人或法定代理人應在第IV部分“客戶或法定代表人簽名”下的第一條簽名欄上正楷填寫填寫其全名、簽名和日期，並在第一條簽名欄下方的一行中說明其與客戶的關係。未成年人將在第一位證人簽名欄正楷填寫姓名並簽名。

有關如何撤銷您的授權的更多信息，請參閱第III部分“其他重要資訊”和第VI部分“撤銷同意”。

電子交換與安全性

所有揭露資訊（包括以電子方式揭露的資訊）都必須符合以下規定：

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

請在表格上簽名並註明日期。

您的簽名確認：

- 您**理解**表格上的信息
- 您**授權發布描述的訊息**
- 您**瞭解您** HIPAA 和 42 CFR 第 2 部分的權利

如果您是以**法定代理人**身份簽名，必須表明您有權這樣做。法律授權的例子包括父母、法定監護人、財產管理人、遺產執行人、委託代理人和/或近親。您需要提供額外的文件來證實您有權代表客戶表示同意。

如果您是作為見證人以標記方式簽名，請在相應的欄位中填寫您的資訊。

當需要父母、監護人或法定代表人的同意，才能對未成年人進行藥物濫用諮詢或治療時，未成年人必須**和**父母、監護人或法定代表人共同簽署。父母、監護人或法定代理人應在第IV部分「客戶或法定代表人簽名」下的第一條簽名欄上正楷填寫其全名、簽名和日期，並在第一條簽名欄下方的一行中說明其與客戶的關係。未成年人將在第一位證人簽名欄上填寫姓名並簽名。

請交回填妥的表格

將簽署後的表格交回負責處理您申請的提供者、項目或機構。您可以索取一份副本留作記錄。

COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

藥物濫用預防和控制（SAPC）

支付和醫療保健運營同意書

同意和揭露的目的： 本同意書的目的是授權支付所有為治療物質使用障礙 (SUD) 而提供的服務費用，並允許將我受42 CFR第2部分保護的SUD健康資訊從我當前、過去和未來的 SAPC 提供者網路內的治療提供者處披露給 SAPC（作為Medi-Cal專業SUD計劃的SUD服務提供者），用於支付其他醫療保健服務和運營服務。該同意書還授權向加州醫療保健服務部 (DHCS)、管理式醫療計劃 (MCP) 和其他第三方付款人提交和支付款項，並授權披露提交和處理所需的所有資訊。 索賠。

I. 客戶資訊		
姓名（姓、名、中間名）：	出生日期：	醫療的 #：
電子郵件： 您提供電子郵件地址即表示您授權SAPC和SAPC的供應商網路透過電子郵件與您聯絡。	電話號碼：	社會安全號碼後四：
地址：		Sage ID #：

II. 獲授權共享健康資訊的實體

我同意將我受42 CFR第2部分保護的SUD健康資訊從我當前、過去和未來的SAPC提供者網路內的治療提供者處披露給SAPC，其作為 Medi-Cal specialty SUD計劃的作用，用於支付和其他醫療保健運營。我授權將我的醫療記錄中的信息披露給SAPC或其他第三方付款人，包括提交和處理索賠所需的所有信息，例如我的姓名、出生日期、地址、醫療診斷以及為我提供的服務。

III. 其他重要訊息

簽署此同意書，即表示我理解：

- **同意期限屆滿——**本授權將一直有效，直至另行撤銷。
- 我的酒精和/或藥物治療記錄受聯邦法規《保密和藥物濫用患者記錄》，42 CFR第2部分以及《1996年健康保險流通與責任法案》（“HIPAA”），45 CFR第160部分的保護。未經我的書面同意，不得揭露，除非法規另有規定。
- **不簽署的權利：**本同意書用於支付我的醫療保健及其他醫療保健相關費用。我明白我有權利不簽署這份同意書。如果我不簽署此同意書，我將承擔所有付款責任，包括任何原本應由SAPC（作為Medi-Cal specialty SUD計劃的作用）以及任何適用的第三方付款人收取或報銷的任何款項，並且我將承擔所有相關的自付費用。
- 我承認，為了確定我是否有資格獲得治療或福利，或支付我接受的治療費用，必須進行此項授權，但SAPC不能以提供此項授權為條件來決定我的治療。
- 我有權利獲得一份同意書副本。本同意書的副本與原件具有同等效力。
- **再披露資訊——**向受涵蓋實體或業務夥伴披露的與酒精或藥物治療相關的信息，可根據HIPAA法規中的許可進行再披露。
- **重新披露的限制——**未經符合42 CFR第2部分規定的、專門用於此目的的額外同意書，不得將披露的資訊再次披露，用於針對客戶的民事、刑事、行政和立法程序。
- 我有權隨時以書面或當面方式向我的藥物濫用治療提供者撤銷此同意，但我的提供者或其他合法持有人已依據此同意採取行動的情況除外。我可以使用本同意書中的“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書，我的醫療服務提供者或SAPC將撤銷對未來資訊揭露的同意。我瞭解，在撤銷本同意書之前所作的揭露無法收回，且接收揭露的實體無需退還或處置這些揭露。

IV. 客戶或其法定代理人簽名

我在下方簽名，即表示我已閱讀同意書，並理解我的簽名授權按照本表格所述披露我的健康資訊。我明白簽署此表格是自願的，我有權拒絕簽署。

客戶或客戶法定代理人的姓名和簽名：

如果客戶不會寫字，他們可以在簽名欄上做標記。以標記方式簽名需要兩名證人。證人必須在指定為客戶姓名的行上填寫客戶姓名，並在“正楷填寫證人姓名”行上填寫自己的姓名，並在下方指定的證人空格處簽名。第二位證人必須在另一行“正楷填寫證人姓名”上寫下自己的姓名，並在另一處證人空格處簽名，以示對委託人簽名的認可。

_____ _____ _____ / _____ / _____

正楷填寫姓名（名、中間名和姓） 簽名 月 天 年

如由客戶的法律代表簽署，請說明雙方關係及簽署授權：

_____

證人姓名及簽名：

如果客戶不會寫字，並在上方提供了標記作為簽名，則需要兩名證人在證人部分寫下他們的姓名並在下面簽名。

1. _____ 2. _____

正楷填寫證人姓名（名、中間名和姓） 正楷填寫證人姓名（名、中間名和姓）

_____ _____

簽名 簽名

V. 隨附揭露資訊的通知

這份已揭露給您的紀錄受聯邦保密規則保護（42 CFR第2部分）。這些規則禁止您在任何聯邦、州或地方當局針對客戶提起的任何民事、刑事、行政或立法程序中使用或披露本記錄或描述本記錄中所含資訊的證詞，除非獲得客戶的同意，但另有規定的除外。42 CFR 2.12（c）（5）或經法院依下列規定授權：42 CFR 2.64或者2.65。此外，聯邦法規禁止您以任何其他方式使用或揭露此記錄，除非符合以下至少一項條件：

（i）未經本記錄中披露資訊的個人的書面同意，或根據42 CFR第2部分允許的其他情況，不得進一步使用或披露。

（ii）您是受保實體或業務夥伴，並已收到用於治療、付款或醫療保健運營的記錄，或

（iii）已依45 CFR第164部分， 子部分A和E規定，您從受涵蓋實體或業務夥伴收到該記錄。

僅憑一般授權發布醫療或其他資訊不足以滿足進一步使用或重新揭露記錄所需的書面同意要素（請參閱42 CFR 2.31）。

VI. 撤銷同意

我有權隨時撤銷本同意書，只需填寫此部分並透過郵件或親自遞交撤銷同意書致我的藥物濫用治療提供者即可。除非我的提供者或其他合法持有人已經依據該資訊採取了行動。

藥物濫用治療服務機構的郵寄地址：

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/省和郵遞區號：_____

一旦收到我的撤銷同意書，我的醫療服務提供者將撤銷未來資訊揭露的同意書。撤銷通知發出之前所揭露的資訊無法找回。

我在下方簽名，即撤銷我先前對未來用於支付和醫療保健營運的資訊揭露的同意。我明白，在收到此撤銷通知之前所作的任何披露都無法撤銷或找回。

客戶或客戶法定代理人的姓名和簽名：

如果客戶不會寫字，他們可以在簽名欄上做標記。以標記方式簽名需要兩名證人。證人必須在指定為客戶姓名的行上填寫客戶姓名，並在“正楷填寫證人姓名”行上填寫自己的姓名，並在下方指定的證人空格處簽名。第二位證人必須在另一行“正楷填寫證人姓名”上寫下自己的姓名，並在另一處證人空格處簽名，以示對委託人簽名的認可。

_____ _____ _____ / _____ /_____

正楷填寫姓名（名、中間名和姓） 簽名 月 天 年

如由客戶的法律代表簽署，請說明雙方關係及簽署授權：

_____

證人姓名及簽名：

如果客戶不會寫字，並在上方提供了標記作為簽名，則需要兩名證人在證人部分寫下他們的姓名並在下面簽名。

1. _____ 2. _____

填寫證人姓名（名、中間名和姓） 填寫證人姓名（名、中間名和姓）

_____ _____

簽名 簽名

直接向SAPC提交資訊揭露同意書的客戶可將填妥的撤銷同意書透過安全電子郵件或郵寄方式退回至以下地址。申請人必須附上其官方政府頒發的身份證明文件副本，以核實申請的合法性。

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

電子郵件：
SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

請注意：對於未直接向SAPC提交資訊發布同意書的客戶，或未提交有效政府核發的身分證件副本的客戶,SAPC將不予處理其撤銷請求。

如何填寫SAPC付款和醫療保健營運同意書

同意和揭露的目的（表格頂部）

本節說明您正在授權：

- SAPC將接收您的SUD訊息用於**支付和醫療保健運營**，以及
- SAPC、DHCS、MCP和其他付款方將收到所需資訊用於**提交和處理索賠**。
- 如果您希望SAPC向您的Medi-Cal或其他付款人收取您的 SUD 服務費用，**必須有此表格** 。

第 I 部分——客戶訊息

請填寫您的個人信息，以便SAPC和您的醫療服務提供者能夠正確識別您的記錄。

1. **姓名：**請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 格式。
3. **醫療 # ：**如果您有Medi-Cal號碼，請輸入。
4. **電子郵件：** 請輸入您經常查看的電子郵件地址。
5. **電話號碼：**聯絡您的最佳電話號碼。
6. **後四位社會安全號碼：**請僅輸入您社會安全號碼的後四位數字。如果您沒有社會安全號碼或不知道您的社會安全號碼，請留空。
7. **地址：**您目前的郵寄地址。
8. **Sage ID #**：如果您知道Sage EHR醫療記錄編號，請提供。如果不清楚，請留空或諮詢您的服務提供者。

第 II 部分——獲準分享健康資訊的實體

本部分無需填寫任何內容。本節解釋了 您正在授權您的**現任、前任和未來的SAPC治療提供者**向**SAPC和第三方支付方**（DHCS、MCP、保險計劃）揭露SUD健康資訊用於**支付和醫療保健運營**

第 III 部分——其他重要訊息

此部分無需填寫任何內容。請仔細閱讀每個小節。

- **有效期限：**您的同意將一直有效，直到您撤銷為止。
- **保護措施：**您的記錄受聯邦法律**42 CFR第2部分**和**HIPAA保護**。
- **不簽署的權利：** 您可以拒絕簽字，但如果您這樣做，您將承擔相應**與您的護理相關費用的責任**。
- **索取副本權：**您可以索取一份已簽署的同意書副本。
- **重新揭露：**根據HIPAA規定，在特定情況下，您的部分資訊可能會被重新揭露。
- **法律保護：**未經您另行同意，您的資訊不得用於法律訴訟。
- **撤銷權：**您可以隨時撤銷此項同意。已分享的資訊無法撤回。

第 IV 部分——客戶或其法定代理人簽名

在這裡，您需要正式授權發布。

1. **正楷簽名：**您的法定全名。
2. **簽名：**請簽名。
    a. 如果您不會寫字，可以用標記簽名。
    b. 如果用標記簽名，**兩名證人**必須填寫證人部分。
3. **日期：**請輸入簽署日期。
4. **如由法定代理人簽署：**
    a. 說明關係（例如，父母、監護人等）。
    b. 說明依據（例如，法院命令、監護令等）。
5. **證人組** ***（僅當客戶以標記方式簽字，或客戶為未成年人且需要其父母/監護人或法定代表人同意時）***
    必須有兩名證人：

- 請清晰地正楷填寫他們的姓名。
- 簽名

如果**法定代理人**簽署聲明時，必須說明其與簽署聲明者的關係以及簽署聲明的法律授權。如果客戶標記簽名，必須有兩名證人正楷簽名。

當需要父母、監護人或法定代表人的同意才能對未成年人進行藥物濫用諮詢或治療時，必須未成年人**和**父母、監護人或法定代表人共同簽署同意書。父母、監護人或法定代理人應在第IV部分“客戶或法定代表人簽名”下的第一條簽名欄上正楷填寫其全名、簽名和日期，並在第一條簽名欄下方的一行中說明其與客戶的關係。未成年人將在第一位證人簽名欄上正楷填寫姓名並簽名。

第 V 部分－隨附揭露資訊的通知

這是根據美國聯邦法規第42 CFR第2部分要求提供的保密聲明，將隨您的資訊一起提供。本部分無需填寫任何內容。《披露須知》是一份保密聲明，將隨附於根據本表格簽署授權而發布的記錄。保密通知告知接收方，所接收的記錄受州和聯邦保密法的保護，未經本同意書授權，不得與任何其他實體共享。

第 VI 部分－撤銷同意

請只當您想要撤銷您的同意時（例如，將來）完成此部分 。

步驟1——提供者訊息

請填寫主治醫師的以下資訊：

- **組織名稱**
- **完整郵寄地址**

步驟2—— 撤銷簽名

1. **請正楷填寫您的姓名**
2. **簽名（或做個標記）**。
3. **撤銷日期（月/日/年）**
4. 如果**法定代理人填寫**，請註明**與服務對象的關係，以及獲授權代表其行事。**
5. 如果直接向SAPC提交，**請附上您的政府核發的身分證影本，**來驗證您的身份

步驟3——見證人（如果以標記方式簽字，或客戶是未成年人，需要其父母/監護人或法定代表人的同意）

兩名證人， 或者未成年人， 必須正楷填寫簽名。

步驟4——提交撤銷申請

如果您最初是直接向SAPC提交的同意書，您可以發送撤銷聲明：

- **透過安全電子郵件**到 SAPC-HIM@ph.lacounty.gov 必須附上政府核發的身份證明影本）
- **透過郵件**寄往表格上列出的SAPC地址

請依照表格上的說明，將撤銷通知傳送給您的服務提供者、機構或 SAPC。

附加定義

授權/同意

一份符合美國聯邦法規第42 CFR第2部分所有要求的書面簽署文件，包括：

- 揭露目的
- 誰可以披露
- 誰可以接受
- 可以共享哪些資訊
- 到期日
- 簽名及日期

每份SAPC投資報酬率表格都旨在滿足其特定用途的這些要求。

護理協調

服務提供者之間的溝通與協作，以支援客戶的治療、轉診、個案管理和護理的連續性。

客戶

接受物質使用疾患（SUD）治療的個體。客戶是指簽署ROI時其受保護的健康資訊（PHI）可能會被分享的人。

實體

任何獲授權接收或揭露SUD資訊的組織、機構、提供者、法院、律師或個人。例如：SAPC 提供者、DHCS、Managed Care計劃、法院、緩刑機構、初級保健提供者。

法律訴訟

任何刑事、民事、行政或立法程序中，都可能要求或使用SUD資訊來對付客戶。例如：法庭聽證會、緩刑、兒童福利案件、社會安全福利金裁定聽證會。

法定代理人

依法獲得授權代表客戶做出決定的人。例如：

- 法院指定的監護人
- 法定監護人
- 未成年人的父母只有在擁有書面法律授權的情況下才能簽署投資意向書。

最低必要標準

根據HIPAA的定義，可以共享為實現同意目的所需的最少資訊。

支付 & 醫療保健運營

為進行藥物濫用服務計費、支付或管理，需要進行以下行政活動：

- Medi-Cal帳單
- 資格審查
- 利用率審查
- MCP資料要求
- 品質改進
- 審計和合規性審查

重新揭露

在首次披露之後，任何形式的SUD資訊共享。根據42 CFR第2部分，重新揭露是**允許的**，法律訴訟除外。

撤銷同意

客戶有權隨時撤回其同意。撤回同意不能撤銷在同意有效期間已經披露的資訊。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，任何負責支付或報銷SUD服務的實體。例如：Medi-Cal, DHCS, Managed Care計劃、私人保險。

治療提供者/SAPC提供者網絡

與洛杉磯縣SAPC簽訂合約的任何SUD治療項目，包括門診、住院、OTP、戒斷管理和復健支持項目。

證人

觀察客戶**標記簽**署ROI的人（當客戶無法簽名時）。兩名（2）證人必須正楷填寫簽名，標記才算有效。