

## 醫療保健協調計畫參加 (選擇退出/拒絕服務)

1

### 申請人資訊

個案當事人姓名

出生日期

ProviderOne ID號碼

由醫療保健協調計畫負責管理的符合條件要求之機構

護理協調機構

統一管理醫療保健組織(MCO) (若適用)

我已完成一項健康措施計畫(HAP)

我尚未完成一項健康措施計畫(HAP)

- 已向我解釋過醫療保健協調計畫,且我已決定不參加。
- 我明白我將會繼續獲得我的其他Apple Health (Medicaid)服務。
- 若我將來想要獲得醫療保健協調計畫,我可致電:1-800-562-3022 (TRS: 711)

#### 我拒絕服務,係因為:

我的福利和服務對我有用。

我無需任何幫助來滿足我的醫療和健康護理需求。

我不習慣使用該福利或計畫。

其他  
解釋

2

### 保護您的健康資訊

當您選擇退出醫療保健協調計畫服務時,請務必瞭解下列資訊:

- 任何先前簽署的醫療保健協調計畫資訊共用同意書皆不再有效。
- 您的健康資訊將由業已擁有您資訊的服務提供者/合作夥伴保存。他們不必將該等資訊返還給您或從他們的記錄中清除。
- 您的個人健康資訊仍將會受到華盛頓州和聯邦法律法規的保護。該等法律和法規包括華盛頓州和聯邦保密規則、RCW 71.05.630、RCW 70.24.105、RCW 70.02、《統一健康護理資訊法》、42 CFR 2.31(a)(5), 並包括45 CFR第160和164部份, 即HIPAA和42 CFR第2部份。無人可獲得有關您的任何新的健康資訊。已與他人共用的資訊將不會被返還。
- 若您認為某人使用了您的資訊,並且您不同意授予該人使用您的資訊的許可權,請致電您的醫療保健服務協調人或Apple Health客戶服務,電話為1-800-562-3022 (TRS: 711)

**3****個案當事人簽名**

---

個案當事人或授權代表 (若適用)

簽名日期

---

授權代表正楷簽名 (若適用)

**4****醫療保健協調計畫醫療保健服務協調人**

我已與個案當事人或授權代表討論了醫療保健協調計畫。已解釋了相關好處，他們決定不參加或終止參加醫療保健協調計畫。

---

醫療保健服務協調人或聯合工作人員 簽名

簽名日期

---

醫療保健服務協調人或聯合工作人員姓名

**5****醫療保健服務協調人或聯合工作人員須知**

醫療保健服務協調人或聯合工作人員有責任：

- 於該表格和個案當事人之個案檔案中記錄個案當事人選擇退出或拒絕服務的請求。
- 填寫完該表格後，於醫療保健服務協調人或聯合工作人員簽名行上簽名。若個案當事人透過電話提出選擇退出或拒絕服務的請求，則個案當事人無需簽署該表格，醫療保健服務協調人或聯合工作人員須代表他們記錄該請求。
- 親自或透過郵件為個案當事人提供該表格之複本。
- 確保為由醫療保健協調計畫負責管理的符合條件要求之機構或MCO提供該表格之複本。

**6****由醫療保健協調計畫負責管理的符合條件要求之機構或MCO須知**

由醫療保健協調計畫負責管理的符合條件要求之機構或MCO須於醫療保健協調計畫選擇退出表登記處保存該表和檔案，以便每月提交給醫療保健計畫管理部。