



请求限制使用或披露

根据《健康保险流通与责任法案》规定，您有权请求我们不使用或共享您的健康信息。

如果请求涉及阻止我们与您的照护者或护理费用支付者共享信息，Health Plan of San Joaquin 不会同意该请求。如果请求涉及阻止我们安排您的治疗、索赔支付或医疗保健操作，Health Plan of San Joaquin 也不会同意该请求。有关这些活动的说明，请参阅《隐私惯例通知》。如果您需要通知副本，请致电 (209) 942-6320 联系会员服务部，或访问我们的网站 www.hpsj.com。

此表格正反两面均需填写。填写表格后，请将其邮寄或亲自送至以下地址：

Health Plan of San Joaquin
7751 South Manthey Road
French Camp, CA 95231-9802

您也可以将表格传真至 (209) 461-2550，或通过安全电子邮件发送至 Health Plan of San Joaquin。

请说明您不希望使用或分享的健康信息：

请勾选以下所有适用项：

- 我不希望 Health Plan of San Joaquin 将我的健康信息用于其自身目的。
- 我不希望 Health Plan of San Joaquin 与某些公司或人员共享我的健康信息。请在下方列出相关的公司或个人：

1. _____

2. _____

Health Plan of San Joaquin 将致函通知您接受或拒绝请求的决定。如果您在我们接受请求后改变主意，必须来函告知。

会员印刷体签名

Health Plan ID 号码

会员或个人代表签名

日期

电话号码

请注意，如果您是会员的个人代表，请说明您与该会员的关系：

_____。您可能需要向我们出示您限制使用或共享会员健康信息的合法许可证明。

如果您对此表格有疑问，请致电 (209) 942-6320 联系会员服务部。