

# 使用或披露限制申请表

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

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan (简称为 "Health Plan") 将拒绝阻止我们与帮助照顾您或支付您的护理费用的其他人共享信息的申请。Health Plan 也将拒绝阻止我们安排您的治疗、索赔付款或健康护理手术的申请。有关这些活动的说明，请阅读《隐私政策通知》。如果您需要《隐私政策通知》的副本，请致电 **1-209-942-6320** 联系会员服务部，或访问我们的网站 **www.hpsj-mvhp.org**。

您必须填写完本表格的正反两面。填完表格后，请将其邮寄或送至：

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

您也可以将表格传真至：**1-209-461-2550**，或通过安全电子邮件发送至 Health Plan.

**请告诉我们您不希望使用或共享哪些健康信息：**

--

# 使用或披露限制申请表

## 请勾选以下所有适用项：

我不希望 Health Plan 将我的健康信息用于其自身目的。  
我不希望 Health Plan 与某些公司或个人共享我的健康信息。

请在下方列出此类公司或个人：

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Health Plan 将寄信给您或拨打电话，告知您我们是接受还是拒绝您的申请。如果我们接受您的申请，但您后来改变主意，您必须写信给我们。

.....  
会员的正楷书写姓名

.....  
**Health Plan ID 编号**

.....  
会员或个人代表的签名

.....  
日期

.....  
电话号码

---

请注意，如果您是会员的个人代表，请告诉我们您与该会员的关系：

---

## 与该成员的关系

您可能需要向我们出示您的法律许可证明，以便为会员申请保密通讯。

如果您对本表格有任何疑问，请致电 **1-209-942-6320** 联系会员服务部。