# MASSHEALTH 分享信息许可（PSI）表

如果您希望许可 MassHealth 完成以下任务，**请使用本表：**

• 与另一个人或组织讨论您的资格。

• 与他们分享您的资格通知副本，或者

• 与另一个人或组织分享您的记录副本。

如果您希望许可 MassHealth 与另一个人或组织讨论您的资格并与他们分享您的资格通知副本，请回答第 2 节下方的所有问题。（除非您请求 MassHealth 分享您的记录书面副本，否则不需要填写第 3 节。）该个人或组织可以是：

• 家庭成员、朋友或其他信任的人。

• 帮助照料您的人。

• 帮助您填写 MassHealth 表格的人，或者

• 社工、律师或医疗保健维权团体。

如果您希望许可 MassHealth 与另一个人或组织分享您的记录副本，回答第 3 节下方的所有问题。（只有在您请求 MassHealth 分享您的记录书面副本时才需要填写第 3 节。）您的记录中记载的信息可能包括：

• MassHealth 索赔，显示您已经接受的服务

• 您曾经送给我们的过去的 MassHealth 申请表和相关信息

• 已经发送给您的过去的 MassHealth 通知

如果您希望获得以下信息，**请勿使用本表：**

• 有关您本人的信息；

• 您自己的记录副本；

• 有关您的年龄在 18 岁以下的子女的信息（您通常无需填写任何表格即可获得此类信息）；

• 将与您的医疗保健提供者分享的您的资格和付款信息。 您的医疗保健提供者可因向您提供的服务获得有关您的 MassHealth 资格和付款信息，您无需填写任何表格），或者

• 创建与公平听证会相关的上诉代表身份。（您应当填写公平听证会申请表（FHR-1）中的相关部分或填写最新授权代表指定（ARD）表。可在以下网站查找两种表格的最新版本：www.mass.gov/service-details/masshealth-member-forms。）

**重要事项：**如果您决定您希望填写本表，您必须填写所有相关的栏目。请用大写字母清楚地填写，并记住在第 7 节中签名和填写日期。如果由法律代表填写本表，他们必须在第 8 节中签名和填写日期。

## 第 1 节MassHealth 申请人或会员姓名

我许可 MassHealth 及其代表分享第 2 节或第 3 节中所列的有关以下各项的信息：

将要分享其信息的申请人或会员姓名\*

街道\*
城市\*
州\*
邮编\*
出生日期\*
电话号码
MassHealth ID 号码 （如有）\*

**请注意：** 带星号（\*）的栏目是必须填写的栏目。如果您没有 MassHealth ID 号码，请告诉我们您的社会安全号码（SSN）的最后四位数（如有）。

## 第 2节许可 MassHealth 谈论您的资格详情并分享您的资格通知副本

您在第 4 节中填写的个人或组织将能够与 MassHealth 联系，接收下方勾选的方框描述的信息。

⬜我许可 MassHealth：

• 谈论我的资格详情。

• 谈论我的 MassHealth 福利，以及

• 与第 4 节中填写的个人或组织分享资格通知副本。

**请注意：** 这些通知可能包括财务信息。仅在您希望第 4 节中的个人或组织能够与 MassHealth 联系以获取资格信息并获取您的资格通知副本时才勾选此方框。

如果您勾选此方框，MassHealth 会将您的资格通知副本发送给第 4 节中的个人或组织。他们也可以索取您的资格通知副本。这些通知包括有关所有家庭成员的信息。如果您勾选此方框，您的每一名年满 18 岁或以上的家庭成员将必须单独填写一份 PSI 表格，并在表中签名。

您是否还许可 MassHealth 分享有关吸毒和酗酒治疗的详情？

⬜ 是，MassHealth 可以分享吸毒和酗酒治疗信息。

⬜ 否，MassHealth 不可以分享吸毒和酗酒治疗信息。

**请注意：** 如果您许可 MassHealth 因付款或医疗保健运营活动的目的分享您的吸毒和酗酒治疗信息，则允许信息接收者进一步向其承包商、分包商或法定代表披露您的吸毒或酗酒治疗信息，以便代表其进行付款或医疗保健运营活动。

## 第 3节许可 MassHealth 分享您的记录书面副本

第 4 节中所列的个人或组织将收到下方勾选的方框描述的记录副本。

⬜ MassHealth 索赔，显示您从（月份/年份）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 到（月份/年份）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_接受的服务。

⬜ 从（月份/年份）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 到（月份/年份) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_过去的 MassHealth 申请表和相关信息。

⬜ 从（月份/年份）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 到（月份/年份）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_发送给您的过去的 MassHealth 通知。

⬜ 其他（请具体说明）

您是否还许可 MassHealth 分享有关吸毒和酗酒治疗的信息?

⬜ 是，MassHealth 可以分享吸毒和酗酒治疗信息副本。

⬜ 否，MassHealth 不可以分享吸毒和酗酒治疗信息副本。

**请注意：**如果您许可 MassHealth 因付款或医疗保健运营活动的目的分享您的吸毒和酗酒治疗信息，则允许信息接收者进一步向其承包商、分包商或法定代表披露您的吸毒或酗酒治疗信息，以便代表其进行付款和/或医疗保健运营活动。

## 第 4节您希望我们与谁分享信息?

请在本节仅填写一个个人的姓名或一个组织的名称。如果您希望列出一个以上个人或组织，您必须另外填写一份 PSI 表。带星号（\*）的栏目是必须填写的栏目。

MassHealth 可与以下人士分享第 2 节或第 3 节中列出的信息：

个人姓名或机构名称\*

转交（收件人姓名或组织名称）
街道\*
城市\* 州\*
邮编\*
电话号码
电子邮件

## 第 5节您为什么希望我们分享您的信息?

告诉我们为什么您希望分享第 2 节或第 3 节中列出的信息。如果您不填写本节，我们则假设您表示“应我的请求”。

## 第 6节许可终止

除非您在此处填写不同的日期，本 PSI 将在 12 个月后终止。日期（月/日/年）：

## 第 7节您的签名

我理解以下各项。

• 当第 4 节中所列的个人或组织从 MassHealth 获得此信息时，他们可能能够在未经我许可的情况下与他人分享。如果他们分享该信息，联邦和州隐私权法可能不为信息提供保护。

• 我需要将本 PSI 发送给第 9 节中的相关地址。

• 我可以给以下地址寄送信函，随时取消本许可：

Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780

• 如果我取消本许可，MassHealth 将无法撤销它在获得我的许可期间分享的任何信息。

• 如果我不许可 MassHealth 分享信息，或者如果我取消与第 4 节中所列的个人或组织分享信息的许可，我的 MassHealth 福利将不会受到任何影响。

• 在某些情况下，MassHealth 可能无法分享信息

申请人或会员姓名（请用大写字母填写）

申请人或会员签名\*

日期\*（月/日/年）：

带星号（\*）的栏目是必须填写的栏目。

## 第 8节法定代表签名

如果本表由有权代表申请人或会员的人（例如，未成年子女的父母、经授权合格代表或法定监护人）填写，请填写以下章节。

填写本表的人的姓名（用大写字母填写）

填写本表的人的签名

日期（月/日/年） ：

地址

电话号码

填写本表的人代表申请人或会员行事的授权：\*\*

\*\* 如果本表由具有代表申请人或会员的合法权利的人填写（例如法院指定的法定监护人或授权书），则必须随附相关法律文件副本。

## 第 9节我如何提交本表?

将表格邮寄至：

Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780

将表格传真至： (857) 323-8300

如果您仅勾选了第 3 节中的方框，许可 MassHealth 分享您的索赔、申请文件、通知或其他记录副本，则：

将 PSI 用电子邮件发送至： privacy.officer@mass.gov

或者

邮寄至：
MassHealth Privacy Office
One Ashburton Place, Room 1109
Boston, MA 02108