

## Información sobre su solicitud para acceder a su información de salud protegida (PHI)

### ¿Qué implica el derecho a acceder a la información de salud protegida (*protected health information*, PHI)?

Usted o su representante personal tienen derecho a inspeccionar, revisar u obtener una copia de la información que Providence Medicare Advantage Plans conserva en el conjunto de registros designado en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA) de 1996. El conjunto de registros designado es un grupo de registros que se conserva por o para su plan, lo que incluye ciertos registros que se usan para tomar decisiones sobre usted como miembro. Este conjunto incluye registros referentes a la inscripción, los reclamos, la administración del caso, el manejo médico o la administración de utilización.

### ¿Qué debo entender para usar este derecho?

- El acceso a sus registros puede tener límites legales, por ejemplo en relación con la información de salud no sujeta al derecho al acceso a la información según la HIPAA.
- Usted no tiene derecho a acceder a la información de salud protegida (PHI) que no sea parte del conjunto de registros designado.
- Es posible que no tenga derecho a recibir toda la PHI. Por ejemplo, no recibirá información como las notas de psicoterapia o la información recopilada con la anticipación razonable a una acción o un proceso civil, penal o administrativo, o para usar en estas instancias.
- Las llamadas se graban con fines de calidad y capacitación únicamente. Providence Medicare Advantage Plans no tiene la obligación de transcribir ni entregar una llamada grabada.
- Providence Medicare Advantage Plans hará todo lo razonablemente posible por entregar los registros designados en el formato que usted haya solicitado. Sin embargo, si Providence Medicare Advantage Plans no puede entregar fácilmente los registros en el formato solicitado, se establecerá una alternativa acordada mutuamente.
- **Si desea obtener copias de sus registros médicos, debe llamar al consultorio de su proveedor.**
- **Apelaciones y quejas:** Usted puede solicitar una copia de la documentación reunida/generada por Providence Medicare Advantage Plans para responder a una apelación o queja, sin costo, llamando al Servicio al Cliente a la línea gratuita indicada en su tarjeta de identificación de HealthCare de Providence Medicare Advantage Plans.
- Si solicita el acceso para un menor de edad, es posible que las leyes federales y estatales le prohíban a Providence Medicare Advantage Plans responder a la solicitud de información relacionada con servicios confidenciales salvo que se reciba la autorización por escrito del miembro menor de edad.

### ¿Cuánto me costará esto?

- Las copias impresas que solicita costarán una tarifa plana de \$10.00.
- Las copias electrónicas (por correo electrónico) que solicita serán gratis.
- Si desea pasar a retirarlas o verlas en el lugar, no se le cobrará nada.
- Si desea tener los registros en un CD, esto costará una tarifa plana de \$6.50.

## **¿Cómo sabré si se procesó mi solicitud?**

Providence Medicare Advantage Plans responderá a esta solicitud en un plazo de 30 días. Si no podemos responder en dicho plazo, le enviaremos una notificación por escrito que describa el motivo por el que llevará más tiempo y la fecha en la que se completará la solicitud. En ciertos casos, Providence Medicare Advantage Plans puede denegar su solicitud. Si rechazamos su solicitud, se lo diremos por escrito y le informaremos si puede apelar nuestra decisión y cómo puede hacerlo.

## **¿Cómo solicito el acceso?**

Se adjunta la Solicitud del miembro para acceder a la información de salud protegida (PHI) que pidió. Complete el formulario en su totalidad, firmelo y devuélvalo a Providence Medicare Advantage Plans. Puede enviar su Solicitud de acceso del miembro a Providence Medicare Advantage Plans a:

Providence Medicare Advantage Plans  
Attn: Customer Service  
PO Box 5548  
Portland Oregon 97228-5548

Puede enviar su formulario de Solicitud de acceso del miembro por fax al 503-574-8608 o puede entregarlo personalmente (si lo envía por correo, use únicamente la dirección del apartado de correos indicada anteriormente) a la siguiente dirección:

Providence Medicare Advantage Plans  
3601 SW Murray Blvd. #10  
Beaverton Oregon 97005-2359

Si tiene otras preguntas o inquietudes, puede comunicarse con el equipo de Servicio al Cliente de Providence Medicare Advantage Plans al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. Si tiene una discapacidad auditiva y usa un dispositivo de telecomunicación (TTY), comuníquese con nuestra línea de TTY al 711. La asistencia del Servicio al Cliente está disponible para responder preguntas, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).

Gracias,

Providence Medicare Advantage Plans  
Adjunto

### Solicitud del miembro para acceder a la información de salud protegida (PHI)

Use this form to request a copy of your PHI in a Designated Record Set that Providence Medicare Advantage Plans or one of its Business Associates maintains. If you need assistance completing the form, please contact the Providence Medicare Advantage Plans Customer Service number listed on your member identification card. You must complete all the fields on this form.

Use este formulario para solicitar una copia de su PHI de un conjunto de registros designado que Providence Medicare Advantage Plans o una de sus empresas asociadas conservan. Si necesita ayuda para completar el formulario, comuníquese al número del Servicio al Cliente de Providence Medicare Advantage Plans indicado en su tarjeta de identificación de miembro. Debe completar todos los campos de este formulario.

<b>PART A: MEMBER INFORMATION</b>		
<b>PARTE A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO</b>		
<b>Member Last Name</b> Apellido del miembro	<b>Member First Name</b> Primer nombre del miembro	<b>Middle Initial</b> Inicial del 2.º nombre
<b>Member Date of Birth</b> Fecha de nacimiento del miembro	<b>Member Identification Number (See your member ID card)</b> Número de identificación de miembro (vea su tarjeta de identificación de miembro)	<b>Group Number (See your member ID card)</b> Número de grupo (vea su tarjeta de identificación de miembro)
<b>Member Street Address</b> Dirección de residencia del miembro	<b>City and State</b> Ciudad y estado	<b>ZIP Code</b> Código postal

**PART B: DELIVERY OF THE REQUESTED INFORMATION**  
**PARTE B: PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA**

I request to review protected health information (PHI) about me in a designated record set held by Providence Medicare Advantage Plans. By placing, an “X” in the appropriate box below, please indicate who will receive your information. Send my PHI to: **(select only one)**

Solicito revisar la información de salud protegida (PHI) sobre mí en un conjunto de registros designado mantenido por Providence Medicare Advantage Plans. Indique quién recibirá sus datos colocando una “X” en la casilla correspondiente a continuación. Enviar mi PHI a: **(seleccione solo una opción)**

Me at the address listed above (If email is selected below in PART C, Providence Medicare Advantage Plans will not mail to the address above.)/A mí a la dirección indicada anteriormente (si se selecciona la opción de correo electrónico en la PARTE C, Providence Medicare Advantage Plans no enviará la información por correo postal a la dirección indicada anteriormente).

request that Providence Medicare Advantage Plans send my PHI, as specified in Part D, to the designated third party listed below./Solicito que Providence Medicare Advantage Plans envíe mi PHI, como se especifica en la Parte D, al tercero elegido que se indica a continuación.

<b>Name</b> <b>Nombre</b>	<b>Address</b> <b>Dirección</b>	
<b>City and State</b> <b>Ciudad y estado</b>	<b>Zip Code</b> <b>Código postal</b>	<b>Phone Number</b> <b>Número de teléfono</b>

**PART C: FORMAT/MANNER OF THE REQUESTED INFORMATION**  
**PARTE C: FORMATO/FORMA DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA**

By placing, an “X” in the appropriate box below, please indicate in which format/manner you wish to receive/review your information. Send my PHI: **(select only one)**

Indique en qué formato/forma desea recibir/revisar su información colocando una "X" en la casilla correspondiente a continuación. Enviar mi PHI: **(seleccione solo una opción)**

Send paper copies of my records, identified below in Part D, via US certified mail./Enviar copias impresas de mis registros, los que se identifican a continuación en la Parte D, a través del correo certificado de los EE. UU.

Send electronic copy of my records, identified below in Part D, via email. Note: Information will be sent to the email address provided below by secure (encrypted) email unless otherwise specified./Enviar copias electrónicas de mis registros, los que se identifican a continuación en la Parte D, a través del correo electrónico. Tenga en cuenta: La información se enviará a la dirección de correo electrónico indicada a continuación por correo electrónico seguro (cifrado) a menos que se especifique de otra forma.

Email address/Dirección de correo electrónico:

If you prefer the e-mail be sent unencrypted, please initial here/Si prefiere que el correo electrónico se envíe de forma no cifrada, coloque sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_

Send electronic copy of my records, identified below in Part D, via a CD. Note: CD will be sent to the address provided above (encrypted) unless otherwise specified./Enviar copias electrónicas de mis registros, los que se identifican a continuación en la Parte D, en un CD. Tenga en cuenta: El CD se enviará a la dirección indicada a anteriormente (cifrada) a menos que se describa de otra forma.

If you prefer the CD be sent unencrypted, please initial here/Si prefiere que el CD se envíe de forma no cifrada, coloque sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_

**(Warning: Some level of risk may be associated with sending your PHI via unencrypted emails or CDs as they could be accessed and read by unauthorized third parties.)**

**(Aviso: Hay cierto nivel de riesgo relacionado con el envío de su PHI a través de correos electrónicos o CD no cifrados, ya que terceros no autorizados podrían acceder a ellos y leerlos).**

I want to pick up my records, identified below in Part D, in person, during regular business hours at the Providence Medicare Advantage Plans office. I understand that I or my personal representative will be contacted to arrange for this./Quiero recoger mis registros, los que se identifican a continuación en la Parte D, personalmente durante el horario de atención regular en la oficina de Providence Medicare Advantage Plans. Entiendo que se comunicarán conmigo o con mi representante personal para coordinar esto.

I want to view in person. I understand that I or my personal representative will be contacted to arrange for this./Quiero ver la información en persona. Entiendo que se comunicarán conmigo o con mi representante personal para coordinar esto.

**PART D: DETAILS OF PHI REQUEST**  
**PARTE D: DETALLES DE LA SOLICITUD DE PHI**

I request the protected health information (PHI) contained in the following records. Please place an “X” next to the items you are requesting.

Solicito la información de salud protegida (PHI) contenida en los siguientes registros. Coloque una “X” junto a los elementos que solicita.

**Enrollment & Eligibility Information/Información de la inscripción y elegibilidad**

Date(s) of Enrollment/Fecha(s) de inscripción:

Details of request/Detalles de la solicitud:

**Claims Information, including Pharmacy (Summary of claims paid or denied)/Información de los reclamos, incluida información de la farmacia (resumen de los reclamos pagados o rechazados)**

*(This does not include information on claims received but not yet processed – if you would like the status of those claims you may call Customer Service at the toll free number listed on your HealthCare ID card.)*

*(Esto no incluye los detalles sobre los reclamos recibidos pero aún no procesados; si desea conocer el estado de esos reclamos puede llamar al Servicio al Cliente al número gratuito indicado en su tarjeta de identificación de HealthCare).*

Date(s) of Service/Fecha(s) del servicio:

Provider(s)/Proveedor(es)/Detalles de la solicitud:

Details of Request/Detalles de la solicitud:

**Case or Medical or Utilization Management Information (Prior Authorization)/Información del manejo del caso, del manejo médico o de la administración de utilización (previa autorización)**

Date(s) of Service/Fecha(s) del servicio:

Provider(s)/Proveedor(es):

Details of Request/Detalles de la solicitud:

**Customer Service Inquiry (CSI)/Consulta al Servicio al Cliente (CSI)**

Date(s) of Call/Fecha(s) de la llamada:

Details of Request/Detalles de la solicitud:

**Mental Health (Summary of claims paid or denied)/Salud mental (resumen de reclamos pagados o rechazados)**

*(If you check this box, please initial mental health below)*

*(Si marca esta casilla, coloque sus iniciales en salud mental a continuación)*

Date(s) of Service/Fecha(s) del servicio:

Provider(s)/Proveedor(es):

Details of Request/Detalles de la solicitud:

I specifically authorize the release of the following sensitive information, if such are part of my record, and will only be disclosed if I place my initials in the applicable space next to the type of information to be included with the disclosure. \*I understand that my alcohol/substance abuse records are protected under Federal and State confidentiality laws and regulations and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the laws and regulations.

Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información confidencial, si forma parte de mis registros, la que solo se divulgará si coloco mis iniciales en el espacio correspondiente junto con el tipo de información que se incluirá en la divulgación. \*Entiendo que mis registros de abuso de alcohol/sustancias se encuentran protegidos por leyes y regulaciones de confidencialidad federales y estatales, y no pueden revelarse sin mi consentimiento por escrito a menos que las leyes y regulaciones lo indiquen de otra forma.

**(Initial all that apply):**  
**(Elija todo lo que corresponda):**

\_\_\_\_\_ AIDS or HIV/SIDA o VIH

\_\_\_\_\_ Maternity/Pregnancy (Reproductive Health)/Maternidad/embarazo (Salud reproductiva)

\_\_\_\_\_ Alcohol/Drug/Substance Abuse (Diagnosis, treatment or referral information) \*/Abuso de alcohol/drogas/sustancias (Información del diagnóstico, tratamiento o remisión) \*

\_\_\_\_\_ Mental Health Data and Records/Datos y registros de salud mental

\_\_\_\_\_ Genetic Information (services or tests)/Información genética (servicios o pruebas)

\_\_\_\_\_ Sexually transmitted illness/disease (testing and treatment)/Enfermedad de transmisión sexual (pruebas y tratamientos)

**Other Information/Otra información**

Date(s) of Service/Fecha(s) del servicio:

Provider(s)/Proveedor(es):

Details of Request/Detalles de la solicitud:

**PART E: MEMBER SIGNATURE AND DATE**  
**PARTE E: FIRMA DEL MIEMBRO Y FECHA**

By/Por: \_\_\_\_\_

Date/Fecha:

(Member Signature/Firma del miembro)

- OR/O -

By/Por: \_\_\_\_\_

Date/Fecha:

(Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature)

(Firma del representante designado/tutor legal del miembro)

Relationship to member/Relación con el miembro:  Parent/Padre/madre

Legal guardian\*/Tutor legal\*  Holder of Power of Attorney\*/Apoderado\*

**\*If this form is signed by someone other than the member or Parent, please attach legal documentation if you are the legal guardian or Holder of Power of Attorney.**

**\*Si este formulario es firmado por otra persona que no sea el miembro o el padre/madre, adjunte la documentación legal si es el tutor legal o apoderado.**

- *Note: To parents/legal guardians of minors: state laws may prohibit Providence Medicare Advantage Plans from acting on your request about Sensitive Information without written authorization from the minor member. (Both parent and minor must sign.)*
- *Tenga en cuenta: Para los padres/madres/tutores legales de menores: las leyes estatales pueden prohibir que Providence Medicare Advantage Plans actúe con respecto a la información confidencial basándose en su solicitud sin la autorización escrita del miembro menor de edad. (Ambos padres y el menor deben firmar).*

(08/2021)



## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-603-2340 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-603-2340 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-603-2340 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-603-2340 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-603-2340 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-603-2340 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-603-2340 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-603-2340 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-603-2340 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-603-2340 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-603-2340 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。