

Thông tin về Yêu cầu Tiếp cận Thông tin Sức khỏe được Bảo vệ
của Quý vị (PHI)

Quyền tiếp cận PHI có nghĩa là gì?

Quý vị hoặc người đại diện cá nhân của quý vị có quyền kiểm tra, xem xét hay lấy bản sao của thông tin mà Chương trình Providence Medicare Advantage giữ trong bộ hồ sơ đã được chỉ định theo đúng Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Thông tin Bảo hiểm Y tế 1996 (“HIPAA”). Bộ hồ sơ được chỉ định là một nhóm các hồ sơ được lưu giữ bởi hoặc cho chương trình của quý vị, bao gồm những ghi chép cụ thể đã được sử dụng để đưa ra quyết định về quý vị như một thành viên. Bộ hồ sơ này có thể gồm hồ sơ liên quan đến ghi danh, khiếu nại, quản lý hồ sơ, quản lý y tế, hay quản lý sử dụng.

Tôi cần phải tìm hiểu gì để sử dụng quyền này?

- Quyền tiếp cận hồ sơ của quý vị có thể có giới hạn pháp luật, ví dụ như liên quan đến những thông tin về sức khỏe tùy thuộc vào quyền tiếp cận thông tin theo luật HIPAA.
- Quý vị không có quyền tiếp cận PHI mà không nằm trong bộ hồ sơ được chỉ định.
- Quý vị có thể không có quyền nhận hết toàn bộ PHI của mình. Ví dụ, quý vị sẽ không nhận được thông tin như bản ghi chú tâm lý hoặc thông tin được biên tập để chuẩn bị sẵn hay để sử dụng trong một hành động hay một thủ tục dân sự, hình sự hay hành pháp.
- Những cuộc gọi chỉ ghi lại vì chất lượng đạt yêu và giáo dục. Chương trình Providence Medicare Advantage không yêu cầu chuyển âm thanh thành văn bản hoặc tạo một cuộc gọi được ghi âm.
- Chương trình Providence Medicare Advantage sẽ thực hiện những nỗ lực hợp lý để tạo ra hồ sơ được chỉ định bằng định dạng mà quý vị yêu cầu. Tuy nhiên, nếu Chương trình Providence Medicare Advantage không thể dễ dàng tạo các hồ sơ bằng định dạng theo yêu cầu, thì sẽ đưa ra một lựa chọn thay thế mà cả hai bên đồng ý.
- **Để lấy bản sao hồ sơ y tế của mình, hãy gọi cho văn phòng nhà cung cấp của quý vị.**
- **Appeals and Grievances:** Quý vị có thể yêu cầu một bản sao tài liệu được thu thập/tạo bởi Chương trình Providence Medicare Advantage để đáp ứng một thỉnh cầu hay đau đớn miễn phí, bằng cách gọi Dịch vụ Khách hàng theo số điện thoại miễn phí được liệt kê trên thẻ ID của Chương trình Chăm sóc bố mẹ.
- Nếu quý vị yêu cầu kết nối với trẻ vị thành niên, luật liên bang và tiểu bang có thể cấm Chương trình Providence Medicare Advantage thực hiện theo bất cứ yêu cầu thông tin nào liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm trừ khi nhận được ủy quyền bằng văn bản từ trẻ vị thành niên.

Chi phí như thế nào?

- Các bản sao giấy mà quý vị yêu cầu sẽ có mức phí cố định là \$10.00.
- Các bản sao điện tử (email) mà quý vị yêu cầu sẽ được miễn phí.
- Miễn phí nếu quý vị muốn lấy hoặc xem tại chỗ.
- Nếu quý vị muốn lấy hồ sơ trên đĩa CD, quý vị sẽ phải thanh toán mức phí cố định là \$6.50.

Làm sao tôi biết yêu cầu của mình có đang được xử lý hay không?

Chương trình Providence Medicare Advantage sẽ phản hồi yêu cầu này trong vòng 30 ngày. Nếu chúng tôi không phản hồi trong vòng 30 ngày, chúng tôi sẽ gửi thông báo bằng văn bản mô tả lý do tại sao mất nhiều thời gian hơn và ngày yêu cầu của quý vị sẽ được thực hiện. Trong một số trường hợp nhất định, Chương trình Providence Medicare Advantage có thể từ chối yêu cầu của quý vị. Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản và để quý vị biết liệu quý vị có thể kháng nghị quyết định của chúng tôi không và cách kháng nghị.

Tôi có thể yêu cầu kết nối như nào?

Kèm theo là Thông tin Y tế được Bảo vệ của Thành viên Yêu cầu Kết nối (PHI) mà quý vị yêu cầu. Vui lòng điền vào toàn bộ mẫu đơn, ký tên và gửi lại cho Chương Trình Providence Medicare Advantage. Quý vị có thể gửi mẫu đơn Thành viên Yêu cầu Kết nối cho Chương Trình Providence Medicare Advantage tại:

Providence Medicare Advantage Plans
Attn: Dịch vụ Khách hàng
PO Box 5548
Portland Oregon 97228-5548

Quý vị có thể gửi mẫu đơn Thành viên Yêu cầu Kết nối qua fax theo số 503-574-8608 hoặc quý vị có thể đích thân nộp mẫu đơn (nếu gửi qua đường bưu điện, chỉ sử dụng địa chỉ hòm thư bưu điện được liệt kê ở trên) đến địa chỉ sau:

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

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc hoặc quan ngại nào khác, quý vị có thể liên hệ với Nhóm Dịch Vụ Khách Hàng của Chương Trình Providence Medicare Advantage theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340. Nếu quý vị bị khiếm thính và sử dụng một Thiết Bị Điện Thoại Văn Bản (TTY), vui lòng gọi cho đường dây TTY của chúng tôi theo số 711. Bộ phận hỗ trợ Dịch Vụ Khách Hàng luôn sẵn sàng giải đáp các thắc mắc, bảy ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương).

Cảm ơn quý vị,

Providence Medicare Advantage Plans
Đính kèm

Member Request to Access Protected Health Information (PHI)

Thông tin Sức khỏe được Bảo vệ của Thành viên Yêu cầu Kết nối (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.

Sử dụng mẫu đơn này để yêu cầu bản sao PHI của quý vị trong Bộ Hồ sơ được Chỉ định mà Chương trình Providence Medicare Advantage hoặc Hiệp hội Kinh doanh của chương trình lưu giữ. Nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thành mẫu đơn, vui lòng liên hệ số điện thoại Dịch vụ Khách hàng của Chương trình Providence Medicare Advantage được liệt kê trong thẻ nhận dạng thành viên của quý vị. Quý vị phải hoàn thành tất cả các trường trong mẫu đơn này.

PART A: MEMBER INFORMATION		
PHẦN A: THÔNG TIN THÀNH VIÊN		
Member Last Name Họ của Thành viên	Member First Name Tên của Thành viên	Middle Initial Chữ cái đầu Tên đệm
Member Date of Birth Ngày sinh của Thành viên	Member Identification Number (See your member ID card) Số Nhận dạng của Thành viên (Xem thẻ ID thành viên của quý vị)	Member Identification Number (See your member ID card) Mã số Nhóm (Xem thẻ ID hội viên của quý vị)
Member Street Address Địa chỉ Đường phố của Thành viên	City and State Thành phố và Tiểu bang	ZIP Code Mã ZIP

PART B: DELIVERY OF THE REQUESTED INFORMATION
PHẦN B: GỬI THÔNG TIN YÊU CẦU

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)**

Tôi yêu cầu xem xét thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) về tôi trong một bộ hồ sơ được chỉ định do Chương trình Providence Medicare Advantage nắm giữ. Bằng cách tích “X” vào ô thích hợp bên dưới, vui lòng cho

biết ai sẽ nhận được thông tin của quý vị. Gửi PHI của tôi tới: **(chỉ chọn một)**

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.)/Tôi theo địa chỉ được liệt kê dưới đây (Nếu email được chọn dưới đây ở PHẦN C, Chương trình Providence Medicare Advantage sẽ không gửi thư đến địa chỉ trên.)

I request that Providence Medicare Advantage Plans send my PHI, as specified in Part D, to the designated third party listed below./Tôi yêu cầu Chương trình Providence Medicare Advantage gửi PHI của tôi, như được chỉ định ở Phần D, đến một bên thứ ba được liệt kê dưới đây.

Name Tên	Address Địa chỉ	
City and State Thành phố và Tiểu bang	Zip Code Mã Zip	Phone Number Số điện thoại

PART C: FORMAT/MANNER OF THE REQUESTED INFORMATION
PHẦN C: ĐỊNH DẠNG/QUẢN LÝ THÔNG TIN ĐƯỢC YÊU CẦU

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)**

Bằng cách tích “X” vào ô thích hợp bên dưới, vui lòng cho biết quý vị muốn nhận/xem xét thông tin của quý vị theo định dạng/quản lý nào. Gửi PHI của tôi: **(chỉ chọn một)**

Send paper copies of my records, identified below in Part D, via US certified mail./Gửi một bản sao giấy tờ hồ sơ của tôi được xác định bên dưới trong Phần D, qua thư Hoa Kỳ được chứng nhận.

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.

Gửi một bản sao điện tử hồ sơ của tôi, được xác định bên dưới trong Phần D, qua email. Lưu ý: Thông tin sẽ được gửi để địa chỉ email được cung cấp dưới đây bằng email được bảo mật (mã hóa) trừ khi có quy định khác.

Email address/Địa chỉ email:

If you prefer the e-mail be sent unencrypted, please initial here/Nếu quý vị muốn email được gửi không được mã hóa, vui lòng ký tắt tại đây: _____

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.

Gửi một bản sao điện tử hồ sơ của tôi, được xác định bên dưới trong Phần D, qua CD. Lưu ý: CD sẽ được gửi để địa chỉ được cung cấp bên trên (mã hóa) trừ khi có quy định khác.

If you prefer the CD be sent unencrypted, please initial here/Nếu quý vị muốn CD được gửi không được mã hóa, vui lòng ký tắt tại đây: _____

(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.)

(Cảnh báo: Một số mức độ rủi ro có thể liên quan đến việc gửi PHI của quý vị qua email hay CD không được mã hóa vì chúng có thể được truy cập và đọc bởi các bên thứ ba trái phép.)

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.

Tôi muốn trực tiếp lấy hồ sơ của tôi, được xác định dưới Phần D, trong giờ làm việc thông thường tại Văn phòng Chương trình Providence Medicare Advantage. Tôi hiểu là tôi hoặc đại diện cá nhân của tôi sẽ được liên lạc để sắp xếp việc này.

I want to view in person. I understand that I or my personal representative will be contacted to arrange for this.

Tôi muốn xem trực tiếp. Tôi hiểu là tôi hoặc đại diện cá nhân của tôi sẽ được liên lạc để sắp xếp việc này.

PART D: DETAILS OF PHI REQUEST
PHẦN D: CHI TIẾT YÊU CẦU PHI

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

Tôi yêu cầu thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) có trong các phần sau đây. Vui lòng đánh dấu “X” bên cạnh các mục quý vị yêu cầu.

Enrollment & Eligibility Information/Thông tin Ghi danh & Điều kiện Hội đủ

Date(s) of Enrollment /(Các) Ngày Ghi danh:

Details of request /Chi tiết yêu cầu:

Claims Information, including Pharmacy (Summary of claims paid or denied)/Thông tin về Yêu cầu Thanh toán, gồm Nhà thuốc (Bản tóm tắt các yêu cầu thanh toán đã trả hoặc từ chối)

(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.)

(Điều này không bao gồm thông tin về các khiếu nại đã nhận nhưng chưa được xử lý - nếu quý vị muốn biết trạng thái của những yêu cầu thanh toán này, quý vị cần gọi Dịch vụ Khách hàng theo số điện thoại miễn phí được liệt kê trong Thẻ ID HealthCare của quý vị)

Date(s) of Service /(Các) Ngày Dịch vụ:

Provider(s)/(Các) Nhà cung cấp:

Details of Request /Chi tiết Yêu cầu:

Case or Medical or Utilization Management Information (Prior Authorization)/ Trường hợp hoặc Medicare hoặc Thông tin Quản lý Sử dụng (Trước Ủy quyền)

Date(s) of Service/(Các) Ngày Dịch vụ:

Provider(s)/(Các) Nhà cung cấp:

Details of Request/Chi tiết Yêu cầu:

Customer Service Inquiry (CSI)/Yêu cầu Dịch vụ Khách hàng (CSI)

Date(s) of Call /(Các) Ngày Liên hệ:

Details of Request /Chi tiết Yêu cầu:

Mental Health (Summary of claims paid or denied)/Sức khỏe Tâm thần (Tóm tắt yêu cầu thanh toán được trả hoặc từ chối)

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

(Nếu quý vị đánh dấu vào ô này, vui lòng ký tắt vào mục sức khỏe tâm thần dưới đây)

Date(s) of Service /(Các) Ngày Dịch vụ:

Provider(s)/(Các) Nhà cung cấp:

Details of Request /Chi tiết Yêu cầu:

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.

Tôi đặc biệt ủy quyền tiết lộ những thông tin nhạy cảm sau đây, nếu nó là một phần trong hồ sơ của tôi, và sẽ chỉ được tiết lộ nếu tôi ký tắt vào khoảng trống tương ứng với loại thông tin được đưa vào phần tiết lộ.

*Tôi hiểu rằng các hồ sơ về lạm dụng rượu/chất kích thích của tôi được bảo vệ theo luật và quy định về

bảo mật của Liên Bang và Tiểu Bang và không thể được tiết lộ nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi trừ khi có quy định khác trong các luật và quy định.

(Initial all that apply):

(Ký tất tất cả các mục phù hợp):

_____ AIDS or HIV /AIDS hoặc HIV

_____ Maternity/Pregnancy
(Reproductive Health)/Thai Sản/Mang
Thai
(Sức khỏe Sinh sản)

_____ Alcohol/Drug/Substance
Abuse(Diagnosis, treatment or referral
information) */Lạm dụng rượu/Ma
túy/Chất kích thích Thông tin chẩn
đoán, điều trị hoặc giới thiệu)*

_____ Mental Health Data and
Records /Dữ liệu và Hồ sơ Sức khỏe Tâm
thần

_____ Genetic Information (services or
tests)/Thông tin Di truyền (dịch vụ hoặc
xét nghiệm)

_____ Sexually transmitted
illness/disease (testing and
treatment)/Bệnh lây truyền qua
đường tình dục (xét nghiệm và điều
trị)

Other Information/Thông tin Khác

Date(s) of Service/(Các) Ngày Dịch vụ:

Provider(s)/(Các) Nhà cung cấp:

Details of Request /Chi tiết Yêu cầu:

PART E: MEMBER SIGNATURE AND DATE

PHẦN E: CHỮ KÝ THÀNH VIÊN VÀ NGÀY

By/Bởi: _____

Date/Ngày:

(Member Signature/Chữ ký của Thành viên)

- OR -

- HOẶC -

By/Bởi:

Date/Ngày:

(Member's Designated Legal Representative/Guardian
Signature)

Chữ ký của Người đại diện/Người giám hộ Hợp pháp được Chỉ
định của Hội viên)

Relationship to member/Quan hệ với hội viên:

Parent/Phụ huynh

Legal guardian*/Người giám hộ hợp pháp*

Holder of Power of Attorney*/Người Nắm
giữ Giấy ủy quyền*

* 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.

*Nếu mẫu đơn này được ký bởi người nào đó không phải là hội viên hoặc Phụ huynh, vui lòng
đính kèm tài liệu pháp lý nếu quý vị là người giám hộ hợp pháp hoặc Người Nắm giữ Giấy ủy
quyền.

- *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.)*
- *Lưu ý: Đối với phụ huynh/người giám hộ hợp pháp của trẻ vị thành niên: luật tiểu bang
có thể cấm Chương trình Providence Medicare Advantage thực hiện theo yêu cầu của quý vị về
Thông tin Nhạy cảm mà không có sự cho phép bằng văn bản của trẻ vị thành niên. (Cả phụ
huynh và trẻ vị thành niên đều phải ký tên.)*

(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。