

Информация о вашем запросе на внесение изменений в защищенную медицинскую информацию (PHI)

Что означает право на внесение изменений в Protected Health Information (PHI, защищенная медицинская информация)?

Вы или ваш личный представитель имеете право запросить внесение изменений в вашу защищенную медицинскую информацию (PHI) в индивидуальном наборе данных, который ведет компания Providence Medicare Advantage Plans.

Что нужно знать, чтобы воспользоваться этим правом?

- Компания Providence Medicare Advantage Plans не может вносить изменения, если они не были внесены в план медицинского страхования.
- Компания Providence Medicare Advantage Plans не имеет права изменять оригинальную документацию в вашей записи. Ваш запрос на внесение изменений и любые действия, предпринятые по этому запросу, навсегда станут частью вашей записи и будут учитываться при любом разрешенном раскрытии информации в будущем.
- Если ваш запрос будет удовлетворен, компания Providence Medicare Advantage Plans уведомит об этом деловых партнеров, у которых есть ваша информация PHI, требующая изменений, и которые полагаются или могут полагаться на нее.
- В случае положительного или отрицательного ответа на запрос компания Providence Medicare Advantage Plans предоставит ответ в письменном виде в течение 60 дней, либо вы будете письменно проинформированы о необходимости продления срока обработки запроса не более чем на 30 дополнительных дней.
- В случае отказа компания Providence Medicare Advantage Plans объяснит его причины, среди которых могут быть указанные ниже.
 - Информация PHI была создана не компанией Providence Medicare Advantage Plans, и создатель информации PHI все еще может действовать в соответствии с вашим запросом.
 - Запрашиваемая информация не является частью индивидуального набора данных.
 - Запрос касается записей о психотерапии или информации, собранной компанией Providence Medicare Advantage Plans для использования в гражданских, уголовных или административных исках или разбирательствах или в ожидании таковых.
 - Информация PHI или записи являются точными и полными.
- Если же вам будет отказано, вы имеете право подать письменное заявление о своем несогласии с подробным изложением его оснований.
- Просьбы о внесении изменений в вашу медицинскую документацию следует направлять непосредственно вашему поставщику медицинских услуг.

Как я могу внести изменения в информацию PHI?

К настоящему письму прилагается форма запроса участника на внесение изменений в защищенную медицинскую информацию (PHI). Заполните ее всю, подпишите и отправьте компании Providence Medicare Advantage Plans. Вы можете отправить запрос участника на внесение изменений в Providence Medicare Advantage Plans по адресу:

Providence Medicare Advantage Plans
Кому: Отдел обслуживания клиентов
PO Box 5548
Portland Oregon 97228-5548

Вы можете отправить форму запроса участника на доступ по факсу на номер 503-574-8608 или вручить ее лично (если вы отправляете форму по почте, используйте только указанный выше адрес с абонентским ящиком) по следующему адресу:

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

Если у вас возникнут другие вопросы или какие-либо сомнения, обратитесь в отдел обслуживания клиентов компании Providence Medicare Advantage Plans, позвонив по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340. Если у вас нарушен слух и вы пользуетесь телетайпом, позвоните на нашу линию телетайпа по номеру 711. Операторы службы поддержки доступны без выходных и готовы ответить на ваши вопросы с 08:00 до 20:00. (тихоокеанский часовой пояс).

С благодарностью,

Providence Medicare Advantage Plans

Вложение

Member Request to Amend Protected Health Information (PHI)

Запрос участника на внесение изменений в защищенную медицинскую информацию (PHI)

Use this form to request an amendment of your PHI in the 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.

Используйте эту форму, чтобы запросить внесение изменений в вашу информацию PHI в индивидуальном наборе данных, который ведет компания Providence Medicare Advantage Plans или один из ее деловых партнеров. Если вам нужна помощь в заполнении формы, обратитесь в отдел обслуживания клиентов компании Providence Medicare Advantage Plans по номеру, указанному на вашей идентификационной карте участника. Вам необходимо заполнить все поля этой формы.

MEMBER INFORMATION ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ		
Member Last Name Фамилия участника	Member First Name Имя участника	Middle Initial Инициал второго имени
Member Date of Birth Дата рождения участника	Member Identification Number (See your member ID card) Идентификационный номер участника (указан на вашей ID-карте участника)	Group Number (See your member ID card) Номер группы (указан на вашей ID-карте участника)
Member Street Address Адрес участника с указанием улицы и номера дома	City and State Город и штат	ZIP Code Почтовый индекс

Describe the PHI or document you would like to have amended:

Опишите информацию PHI или документ, в который вы хотели бы внести изменения:

I request the following correction/amendment be made to the following document or information:

Я прошу внести следующее исправление/изменение в указанный ниже документ или информацию:

Date(s) of services associated with the PHI or document you would like to amend:

Даты оказания услуг, связанных с информацией PHI или документом, в который вы хотите внести изменения:

Please send a copy of the corrected/amended documents to the company or individual(s) listed below:
Отправьте копию исправленных/измененных документов компании или физическому лицу (лицам), указанным далее.

Person/Company/Лицо/компания: _____

Name/Имя: _____

Address/Адрес: _____

City/Город: _____ State/Штат: _____ Zip/Почтовый индекс: _____

MEMBER SIGNATURE AND DATE
ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА И ДАТА

By/Имя: _____
(Member Signature)/(Подпись участника)

Date/Дата: _____

- OR –/– ИЛИ –

By/Имя: _____
(Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature)
(Подпись уполномоченного законного представителя/опекуна участника)

Date/Дата: _____

Relationship to member/
Кем приходится
участнику:

Parent
Один из
родителей

Legal guardian*
Законный
опекун*

Holder of Power of Attorney*
Держатель доверенности*

***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.**

*** Если эта форма подписана не участником или его родителями, приложите соответствующие документы о том, что вы являетесь законным опекуном или держателем доверенности.**