

Информация о вашем запросе на ограничение доступа к Protected Health Information (PHI)

Что означает право на ограничение доступа к защищенной медицинской информации (PHI, Protected Health Information)?

Вы или ваш личный представитель имеете право запросить ограничение на использование и раскрытие вашей PHI. Участник программы или его личный представитель может запросить ограничение на использование и раскрытие информации, связанной с лечением, оплатой или деятельностью в области медицинского обслуживания только в соответствии с Health Insurance Portability and Accountability Act (Закон о переносимости и подотчетности медицинского страхования). План медицинского страхования не может изменять любое другое использование или раскрытие информации, предусмотренное законом. В компании Providence Medicare Advantage Plans понимают важность сохранения конфиденциальности вашей медицинской информации. Мы используем и передаем только ту информацию, которая необходима для предоставления услуг нашим участникам, а также в соответствии с разрешением и требованиями закона.

Что нужно знать, чтобы воспользоваться этим правом?

- Компания Providence Medicare Advantage Plans внимательно рассмотрит все запросы на ограничения, однако Providence Medicare Advantage Plans не обязана соглашаться с запрошенным ограничением. Любое ограничение, принятое РНА, будет относиться только к информации, которой мы располагаем.
- Компания Providence Medicare Advantage Plans постарается удовлетворить все разумные запросы на ограничение, но оставляет за собой право отклонить запрос, если его выполнение не представляется возможным.
- Компания Providence Medicare Advantage Plans не может удовлетворить запрос, если он поступил после даты оказания услуги и информация уже была опубликована.
- Если запрос будет удовлетворен, вас уведомят об этом в письменном виде.
- Если запрос будет удовлетворен, его обработают в течение семи (7) дней с момента получения запроса.
- Запрос на ограничение может быть отклонен, и в этом случае вас уведомят о таком отказе в письменной форме.
- В ситуациях, когда участник, запросивший ограничение, нуждается в экстренном лечении, компания Providence Medicare Advantage Plans может использовать профессиональное суждение. Если участнику будет выгодно отменить запрос на ограничение в связи с чрезвычайной ситуацией, компания Providence Medicare Advantage Plans предоставит минимально необходимую PHI, чтобы помочь поставщику услуг оказать экстренную помощь.
- Участник может в любое время отменить это ограничение в письменном виде, направив запрос по почте или факсу в отдел обслуживания клиентов по указанному ниже адресу.

Как можно ограничить доступ к своей РНИ?

К настоящему письму прилагается форма запроса участника на ограничение доступа к РНИ. Заполните ее всю, подпишите и отправьте компании Providence Medicare Advantage Plans. Вы можете отправить запрос участника на получения доступа в компанию 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 Restrict Protected Health Information (PHI)

Запрос участника на ограничение доступа к PHI

Use this form to request a restriction on the disclosure of Protected Health Information (PHI) in the Designated Record Set that Providence Health Plan (PHP) 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 ограничение на раскрытие PHI в индивидуальном наборе данных, который ведет компания Providence Health Plan (PHP) 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 |

This request is (check one)/Этот запрос (отметьте один вариант):

- New/Новый
- TO REVOKE an existing restriction effective (indicate MM/DD/YY)/ОТМЕНА существующего ограничения с момента вступления в силу (укажите ММ/ДД/ГГ)_____Skip to signature line/Перейти к подписанию строка

Restriction Requested/Запрашиваемое ограничение

- Restriction on use or disclosure relating to treatment, payment and/or healthcare operations. Please provide details/Ограничение на использование или раскрытие информации, связанной с лечением, оплатой и/или медицинскими услугами. Укажите подробную информацию.
-
- Restriction on use and disclosure of PHI: (check all that apply)/Ограничение на использование и раскрытие PHI: (отметьте все подходящие варианты)
- To a family member, other relative, or other identified person, directly relevant to their involvement with my care or payment for health care services. Provide details (e.g., restricted information and/or name of family member, friend)/Члену семьи, родственнику или другому указанному лицу, непосредственно связанному с их участием в моем лечении или оплате медицинских услуг. Предоставьте подробную информацию (например, информацию с ограничениями и/или имя члена семьи либо друга)
-

Relating to my location, my general condition or my death to a family member, a personal representative or other person responsible for my care. Provide details (e.g., restricted information and/or name of family member, friend)/Информация о моем местонахождении, общем состоянии здоровья или смерти членам семьи, личному представителю или другому лицу, ответственному за мое лечение. Предоставьте подробную информацию (например, информацию с ограничениями и/или имя члена семьи либо друга)

Please note that, by law, we may be required to make the following types of disclosures, and so any restriction we agree to will not affect disclosures in the following circumstances or other circumstances where disclosures are required by law:

Обратите внимание: по закону от нас может потребоваться раскрытие следующих типов информации, поэтому любое ограничение, с которым мы соглашаемся, не повлияет на раскрытие информации в следующих обстоятельствах или в других обстоятельствах, когда раскрытие информации требуется по закону:

- Uses and disclosures for which an authorization or opportunity to agree or object is not required; such as in the cases of national security, public health activities, law enforcement, victims of abuse, neglect or domestic violence, research or other disclosures required by law;/Использование и раскрытие информации, для которого не требуется разрешение или возможность согласиться или возразить (например в случаях национальной безопасности, деятельности в области общественного здравоохранения, обеспечения правопорядка, помощи жертвам жестокого обращения, отсутствия заботы или домашнего насилия, исследований или других случаев раскрытия информации, требуемых по закону).
- Disclosures required by the Secretary of the Department of Health and Human Services to investigate or determine our compliance with HIPAA./Раскрытие информации, требуемое секретарем Министерства здравоохранения и социальных служб США для расследования или определения нашего соответствия требованиям закона HIPAA.

MEMBER SIGNATURE AND DATE
ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА И ДАТА

Вы/Имя: _____

Date/Дата: _____

(Member Signature)/(Подпись участника)

- OR -/– ИЛИ –

Вы/Имя: _____

Date/Дата: _____

(Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature)

(Подпись уполномоченного законного представителя/опекуна участника)

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.**

- Note: To parents/legal guardians of minors: state laws may prohibit Providence Health Assurance from acting on your request about Sensitive Information without written authorization from the minor member. (Both parent and minor must sign.)/Примечание для родителей/законных опекунов несовершеннолетних: законы штата могут запретить плану Providence Health Assurance выполнять ваш запрос о конфиденциальной информации без письменного разрешения несовершеннолетнего участника. (Подпись должны поставить и родитель, и несовершеннолетний.)*