

Información sobre su solicitud para restringir su información de salud protegida (PHI)

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

Usted o su representante personal tienen derecho a solicitar una restricción de los usos y las divulgaciones de su información de salud protegida (PHI). El miembro o su representante personal solo tienen permitido solicitar una restricción del uso y la divulgación con respecto al tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA*). El plan de salud no puede modificar los demás usos o divulgaciones requeridos por la ley. Providence Medicare Advantage Plans entiende la importancia de mantener su información de salud confidencial. Usamos y compartimos únicamente la información que sea necesaria para proporcionar servicios a nuestros miembros y según la ley lo permita y requiera.

¿Qué debo entender para usar este derecho?

- Providence Medicare Advantage Plans considerará todas las solicitudes de restricción con atención; sin embargo, Providence Medicare Advantage Plans no está obligado a aceptar una restricción solicitada. Las restricciones que PHA acepte se limitarán a la información que esté bajo nuestro control.
- Providence Medicare Advantage Plans intentará adaptar todas las solicitudes de restricción razonables, pero se reserva el derecho a denegar una solicitud si su implementación fuera inviable.
- Providence Medicare Advantage Plans no puede aceptar una solicitud si se hace después de que se preste el servicio y la información ya se ha divulgado.
- Si la solicitud se concede, se le notificará por escrito.
- Si la solicitud se concede, se procesará en el plazo de siete (7) días a partir de su recepción.
- La solicitud de restricción se puede denegar y, de ser así, dicha denegación se le notificará por escrito.
- En los casos en que los miembros que solicitaron la restricción necesiten un tratamiento de emergencia, Providence Medicare Advantage Plans puede usar su criterio profesional. Si resultara beneficioso para el miembro anular la solicitud de restricción debido a una emergencia, Providence Medicare Advantage Plans divulgará la PHI mínima necesaria para asistir al proveedor a la hora de brindar el tratamiento de emergencia.
- Un miembro puede anular esta restricción por escrito en cualquier momento enviando por correo postal o por fax la solicitud al Servicio al Cliente a la dirección indicada a continuación.

¿Cómo restrinjo mi PHI?

Se adjunta la Solicitud del miembro para restringir 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

Member Request to Restrict Protected Health Information (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.

Use este formulario para restringir la divulgación de la información de salud protegida (PHI) de un conjunto de registros designado que Providence Health Plan (PHP) 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.

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

This request is (check one):

Esta solicitud (marque una opción):

- New/Es nueva
- TO REVOKE an existing restriction effective (indicate MM/DD/YY) Skip to signature line/ SE HACE PARA REVOCAR una restricción vigente (indique día/mes/año) Pase a la línea de la firma

Restriction Requested
Restricción solicitada

- Restriction on use or disclosure relating to treatment, payment and/or healthcare operations. Please provide details/Restricción para el uso o divulgación con respecto al tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Proporcione detalles

- Restriction on use and disclosure of PHI: (check all that apply)/Restricción para el uso y la divulgación de la PHI: (marque todas las opciones que correspondan)
 - 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)/A un familiar, otro pariente u otra persona identificada, que sea directamente relevante para su participación en mi atención o para el pago por los servicios de atención médica. Proporcione detalles (p. ej., información restringida o nombre del familiar o amigo)

 - 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)/Relativa a mi ubicación, mi afección general o mi muerte a un familiar o representante personal, o a otra persona responsable por mi atención. Proporcione detalles (p. ej., información restringida o nombre del familiar o amigo)

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:

Tenga en cuenta que, por ley, es posible que debamos hacer los siguientes tipos de divulgaciones; por lo tanto, las restricciones que aceptemos no afectarán las divulgaciones en las siguientes circunstancias o en otras circunstancias en que las divulgaciones estén exigidas por la ley:

- 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;
- Usos y divulgaciones para los que no se requiere una autorización u oportunidad para aceptar u oponerse a ellos; por ejemplo, en los casos de seguridad nacional, actividades de salud pública, orden público, víctimas de maltrato, de descuido o de violencia doméstica, investigaciones u otras divulgaciones que la ley exija;
- Disclosures required by the Secretary of the Department of Health and Human Services to investigate or determine our compliance with HIPAA.
- Divulgaciones requeridas por el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA).

**MEMBER SIGNATURE AND DATE
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 legal 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 Health Assurance 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/tutores legales de menores: las leyes estatales pueden prohibir que Providence Health Assurance 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).*

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。