

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

Quyền hạn chế PHI có nghĩa là gì?

Quý vị và người đại diện của quý vị có quyền yêu cầu hạn chế việc sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của mình (PHI). Thành viên hay người đại diện cá nhân chỉ được phép yêu cầu hạn chế sử dụng và tiết lộ về hoạt động điều trị, thanh toán hay chăm sóc y tế theo Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Bảo hiểm Y tế. Bất kỳ mục đích sử dụng hoặc tiết lộ nào khác được yêu cầu bởi luật pháp đều không thể bị thay đổi bởi chương trình bảo hiểm y tế. Chương trình Providence Medicare Advantage hiểu tầm quan trọng của việc giữ bí mật thông tin về sức khỏe. Chúng tôi chỉ sử dụng và chia sẻ thông tin cần thiết để cung cấp dịch vụ cho các thành viên, theo sự cho phép và yêu cầu bởi luật pháp.

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

- Chương trình Providence Medicare Advantage sẽ cân nhắc cẩn thận mọi yêu cầu hạn chế; Tuy nhiên, Chương trình Providence Medicare Advantage không bắt buộc phải đồng ý một hạn chế được yêu cầu. Bất cứ hạn chế nào PHA chấp nhận sẽ giới hạn cho thông tin dưới sự kiểm soát của chúng tôi.
- Chương trình Providence Medicare Advantage sẽ cố gắng đáp ứng tất cả các yêu cầu hạn chế hợp lý, nhưng có quyền từ chối yêu cầu nếu thực hiện hạn chế không khả thi.
- Chương trình Providence Medicare Advantage không thể chấp nhận yêu cầu nếu nó được thực hiện sau ngày dịch vụ xảy ra và thông tin đã được tiết lộ.
- Nếu yêu cầu được chấp nhận, quý vị sẽ được thông báo bằng văn bản.
- Nếu yêu cầu được chấp nhận nó sẽ được xử lý trong vòng bảy (7) ngày sau khi nhận được yêu cầu.
- Yêu cầu hạn chế có thể bị từ chối và nếu vậy, quý vị sẽ được thông báo bằng văn bản về sự từ chối này.
- Trong tình huống mà người yêu cầu hạn chế cần phải điều trị khẩn cấp, Chương trình Providence Medicare Advantage có thể sử dụng phán đoán chuyên môn. Nếu thành viên được hưởng quyền lợi từ việc ghi đề yêu cầu hạn chế do tình trạng khẩn cấp, Chương trình Providence Medicare Advantage sẽ công bố mọi điều khoản PHI tối thiểu cần thiết để trợ giúp nhà cung cấp trong việc điều trị khẩn cấp.
- Một thành viên có thể hủy hạn chế này bằng gửi thư hay fax qua dịch vụ khách hàng ở địa chỉ bên dưới.

Tôi yêu cầu hạn chế PHI của mình bằng cách nào?

Kèm theo là Thông tin Y tế được Bảo vệ của Thành viên Yêu cầu Hạn chế (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 hạn chế 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 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. Sử dụng mẫu đơn này để yêu cầu hạn chế việc tiết lộ các Thông tin Y tế được Bảo vệ (PHI) trong Bộ Hồ sơ được Chỉ định do Providence Health Plan(PHP) hay một trong những Hiệp hội Doanh nghiệp của chương trình lưu giữ.

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. 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.

MEMBER INFORMATION 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)	Group 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 Địa chỉ Đường phố của Thành viên	ZIP Code Mã ZIP

This request is (check one):

Yêu cầu này là (chọn một):

New/Mới

TO REVOKE an existing restriction effective (indicate MM/DD/YY)
Skip to signature Line/ĐỂ THU HỒI một hạn chế hiện có hiệu lực (nêu rõ MM/DD/YY)
Bỏ qua đến ký tên đường

Restriction Requested
Hạn chế đã Được yêu cầu

Restriction on use or disclosure relating to treatment, payment and/or healthcare operations.
Please provide details/Giới hạn đgan được sử dụng hoặc tiết lộ liên quan đến điều trị, thanh toán, và/hoặc điều hành chăm sóc sức khỏe. Vui lòng cung cấp thêm thông tin chi tiết

Restriction on use and disclosure of PHI: (check all that apply)
Hạn chế đang được sử dụng hoặc tiết lộ của PHI: (đánh dấu tất cả các ô phù hợp)

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)/Đối với một người trong gia đình, người thân hay người khác được xác định, trực tiếp liên quan tới việc họ can thiệp vào việc chăm sóc hoặc thanh toán dịch vụ y tế của tôi. Thông tin chi tiết (ví dụ thông tin hạn chế và/hoặc tên thành viên gia đình, bạn bè)

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)/Liên quan đến vị trí của tôi, tình trạng chung của tôi hoặc cái chết của tôi với một thành viên gia đình, một đại diện cá nhân hay một người khác chịu trách nhiệm về sự chăm sóc của tôi. Cung cấp chi tiết (ví dụ thông tin hạn chế và/hoặc tên của thành viên gia đình, bạn bè)

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:

Vui lòng lưu ý rằng, theo luật, chúng tôi có thể bị bắt buộc phải thực hiện những loại thông tin này, và vì vậy bất kỳ hạn chế nào chúng tôi đồng ý sẽ không ảnh hưởng đến việc tiết lộ trong những tình huống sau đây hoặc trong những trường hợp khác mà luật pháp yêu cầu phải tiết lộ.

- 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;
- Việc sử dụng và tiết lộ mà không đòi hỏi sự ủy quyền hay cơ hội đồng ý hay đối tượng; như trong trường hợp an ninh quốc gia, hành động sức khỏe xã hội, hành pháp, nạn nhân của lạm dụng, bỏ mặc hay bạo lực gia đình, nghiên cứu hay những tiết lộ khác yêu cầu theo luật;
- Disclosures required by the Secretary of the Department of Health and Human Services to investigate or determine our compliance with HIPAA.
- Tiết lộ được yêu cầu của Thư ký Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh để điều tra hay xác định mức độ tuân thủ của HIPAA.

MEMBER SIGNATURE AND DATE
CHỮ KÝ THÀNH VIÊN VÀ NGÀY

By/Bởi: _____

Date/Ngày:

(Member Signature)
(Chữ ký của Thành viên)

- OR -

- HOẶC -

By/Bởi: _____
(Chữ ký của Người đại diện/Người giám hộ Hợp pháp được Chỉ định của Hội viên)

Date/Ngày:

Relationship to member: Parent Legal guardian* Holder of Power of Attorney*
Mối quan hệ với thành viên: Phụ Phụ huynh Người giám hộ hợp pháp*
huynh 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 ProvidenceHealth Assurance 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 Health Assurance 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.)*

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。