

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

¿Qué implica mi derecho a acceder a la información de salud?

Usted o su representante personal tienen derecho a inspeccionar, revisar u obtener una copia de la información que Providence Medicare Advantage Plans conserva en el conjunto de registros designado (designated record set, DRS) en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996. El conjunto de registros designado es un grupo de registros que su plan conserva y utiliza, lo que incluye ciertos registros que se usan para tomar decisiones sobre usted como miembro. Este DRS incluye registros referentes a la inscripción, los reclamos, la administración del caso, el manejo médico o la administración de utilización.

¿Qué debo entender para usar este derecho?

- El acceso a sus registros puede tener límites legales, por ejemplo en relación con la información de salud no sujeta al derecho al acceso a la información según la HIPAA.
- Usted no tiene derecho a acceder a la información de salud protegida (PHI) que no forme parte del conjunto de registros designado.
- Es posible que no tenga derecho a recibir toda su PHI. Por ejemplo, no recibirá información como las notas de psicoterapia o la información recopilada con la anticipación razonable a una acción o un proceso civil, penal o administrativo, o para usar en estas instancias.
- Las llamadas se graban con fines de calidad y capacitación únicamente. Providence Medicare Advantage Plans no tiene la obligación de transcribir ni entregar una llamada grabada.
- Providence Medicare Advantage Plans hará todo lo razonablemente posible por entregar el conjunto de registros designado en el formato que usted haya solicitado. Sin embargo, si Providence Medicare Advantage Plans no puede entregar fácilmente los registros en el formato solicitado, se establecerá una alternativa acordada mutuamente.
- ***Esta es una solicitud de acceso a sus registros de Providence Medicare Advantage Plans. Si necesitara acceder a sus registros médicos/clínicos/profesionales, tendrá que comunicarse con el consultorio de su profesional y solicitar el registro por separado.***
- **Apelaciones y quejas:** puede solicitar una copia de la documentación reunida/generada por Providence Medicare Advantage Plans para responder a una apelación o queja, sin costo, llamando al Servicio al Cliente a la línea gratuita indicada en su tarjeta de identificación de HealthCare de Providence Medicare Advantage Plans.
- Si solicita el acceso para un menor de edad, es posible que las leyes federales y estatales le prohíban a Providence Medicare Advantage Plans responder a la solicitud de información relacionada con servicios confidenciales salvo que se reciba la autorización por escrito del miembro menor de edad.

¿Cuánto me costará esto?

- Los registros se entregan sin costo.

¿Cómo sabré si se procesó mi solicitud?

Providence Medicare Advantage Plans tiene el compromiso de responder en tiempo y forma a las solicitudes de sus miembros. Providence Medicare Advantage Plans cumplirá con las leyes federales y estatales

correspondientes, lo que tal vez requiera un tiempo de respuesta más ágil. Si, por el motivo que fuera, no pudiéramos responder dentro de un plazo estándar, le enviaremos una explicación de la demora, por escrito. Tenga en cuenta que, en determinadas situaciones, es posible que su solicitud sea rechazada. Si esto ocurriera, se lo informaremos por escrito y le haremos saber si puede apelar nuestra decisión y cómo hacerlo.

¿A dónde envió mi solicitud de acceso?

Complete y firme el Formulario de Solicitud del miembro para acceder a su Información de salud protegida (PHI) y entréguelo en Providence Medicare Advantage Plans:

| Correo postal: | Fax: | Entrega en persona: |
|--|--------------|--|
| Providence Medicare Advantage Plans Attn: Customer Service PO Box 5548 Portland Oregon 97228-5548 | 503-574-8608 | Providence Medicare Advantage Plans 3601 SW Murray Boulevard Beaverton, Oregon, 97005 <i>Use la entrada principal sobre SW Murray Boulevard</i> |

Si tiene otras preguntas o inquietudes, puede comunicarse con el equipo de Servicio al Cliente de Providence Medicare Advantage Plans (Planes Medicare Advantage de Providence) 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. El Servicio al Cliente está disponible para responder preguntas los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico).

Atentamente,

Providence Medicare Advantage Plans

Adjuntos (formulario): Solicitud del miembro para acceder a la información de salud protegida (PHI)

Member Request to Access Protected Health Information (PHI)

Solicitud del miembro para acceder a la información de salud protegida (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. Please complete all the fields on this form.

Use este formulario para solicitar una copia de su PHI en un conjunto de registros designado que Providence Medicare Advantage Plans 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. Complete todos los campos de este formulario.

| PART A: MEMBER INFORMATION | | |
|---|--|--|
| PARTE A: 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 ID Number <i>(See your member ID card)</i> Número de identificación de miembro <i>(vea su tarjeta de identificación de miembro)</i> | Group Number <i>(See your member ID card)</i> Número de grupo <i>(vea su tarjeta de identificación de miembro)</i> |
| Member Street Address Dirección de residencia del miembro | City and State Ciudad y estado | ZIP Code Código postal |

| PART B: DELIVERY OF THE REQUESTED INFORMATION |
|---|
| PARTE B: PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA |

I request to review protected health information (PHI) about me in a designated record set held by Providence Medicare Advantage Plans. By checking the appropriate box below, I am indicating who should receive my information.

Solicito revisar información de salud protegida (PHI) que se conserva sobre mi en el conjunto de registros designados de Providence Medicare Advantage Plans. Al marcar la casilla correspondiente a continuación, estoy indicando quién debe recibir mi información.

(select only one)/(seleccione solo una opción)

- Me at the address listed above/Yo, en la dirección antemencionada
- Electronic or in-person pick-up, as indicated in Part C/Por medios electrónicos o en persona, tal como se indica en la Parte C
- Send my PHI to the designated third party/Enviar mi PHI al tercero designado:

| | | |
|-----------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Name Nombre | Address Dirección | |
| City and State Ciudad y estado | Zip Code Código postal | Phone Number Número de teléfono |

PART C: FORMAT/MANNER OF THE REQUESTED INFORMATION

PARTE C: FORMATO/FORMA DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA

By checking the appropriate box below, I am indicating the format/manner I wish to receive/review my information. (Warning: Some level of risk may be associated with sending your PHI via unencrypted email or by mail, as your records could be accessed and read by an unauthorized third party.)

Al marcar la casilla correspondiente a continuación, estoy indicando el formato/la forma en la que deseo recibir/revisar mi información. (Aviso: Hay cierto nivel de riesgo relacionado con el envío de su PHI a través de correo no cifrado, electrónico o postal, ya que un tercero no autorizado podría acceder a sus registros y leerlos).

(select only one)/(seleccione solo una opción)

- Send paper copies of my records via US certified mail./Enviar copias impresas de mis registros por correo certificado de los EE. UU.
- Send electronic copy of my records via email. *Note: Information will be sent via secure (encrypted) email unless otherwise specified.*/Enviar una copia electrónica de mis registros por correo electrónico. Atención: La información se enviará a través de un correo seguro (cifrado), salvo que se especifique *otra cosa*.

Email address: _____ Initial if you wish email sent unencrypted: _____
 Dirección de correo electrónico: _____ Firme sus iniciales, si desea que el correo electrónico se envíe sin cifrar: _____

- I want to pick up my records in person during regular business hours at the Providence Medicare Advantage Plans Beaverton office. I understand that I (or my personal representative) will be contacted to make arrangements./Quiero recoger mis registros personalmente durante el horario de atención regular en la oficina de Beaverton de Providence Medicare Advantage Plans. Entiendo que se comunicarán conmigo (o con mi representante personal) para hacer los arreglos correspondientes.
- I want to view my records in person. I understand that I (or my personal representative) will be contacted to make arrangements./Quiero ver los registros en persona. Entiendo que se comunicarán conmigo (o con mi representante personal) para hacer los arreglos correspondientes.

PART D: DETAILS OF PHI REQUEST

PARTE D: DETALLES DE LA SOLICITUD DE PHI

I am requesting the protected health information (PHI) contained in the following records. (Please check the specific items you are requesting.)

Solicito la información de salud protegida (PHI) contenida en los siguientes registros. (Marque los elementos específicos que está solicitando).

Enrollment & Eligibility Information/Información de la inscripción y elegibilidad

Date(s) of Enrollment/Fecha(s) de inscripción: _____
 Details of Request/Detalles de la Solicitud: _____

- Claims Information, including Pharmacy (Summary of claims paid or denied)/Información de los reclamos, incluida información de la farmacia (resumen de los reclamos pagados o rechazados)**
(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.)
(Esto no incluye información sobre reclamos recibidos pero aún no procesados; si desea conocer el estado de esos reclamos, puede llamar a Servicio al Cliente al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de HealthCare).

Date(s) of Service/Fecha(s) del/de los Servicio(s): _____

Provider(s)/Proveedor(es): _____

Details of Request/Detalles de la Solicitud: _____

- Case or Medical or Utilization Management Information (Prior Authorization)/Información del manejo del caso, del manejo médico o de la administración de utilización (autorización previa)**

Date(s) of Service/Fecha(s) del Servicio: _____

Provider(s)/Proveedor(es): _____

Details of Request/Detalles de la Solicitud: _____

- Customer Service Inquiry (CSI)/Consulta al Servicio al Cliente (CSI)**

Date(s) of Service/Fecha(s) del Servicio: _____

Details of Request/Detalles de la Solicitud: _____

- Mental Health (Summary of claims paid or denied – Note: If you check this box, please initial mental health below)/Salud mental (resumen de reclamos pagados o rechazados) – Nota: Si marca esta casilla, firme sus iniciales en salud mental a continuación)**

Date(s) of Service/Fecha(s) del Servicio: _____

Provider(s)/Proveedor(es): _____

Details of Request/Detalles de la Solicitud: _____

I specifically authorize the release of the following sensitive information (if such are part of my record). I understand the following information will only be disclosed if I place my initials in the space next to the requested information. *I understand 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.

Autorizo específicamente la divulgación de los siguientes datos sensibles (si son parte de mis registros). Entiendo que la siguiente información solo se revelará si coloco mis iniciales en el espacio que hay junto a la información solicitada. *Entiendo que mis registros de abuso de alcohol/sustancias se encuentran protegidos por leyes y regulaciones de confidencialidad federales y estatales, y no pueden revelarse sin mi consentimiento por escrito a menos que las leyes y regulaciones lo indiquen de otra forma.

(Initial all that apply)/(Elija todo lo que corresponda)

_____ AIDS or HIV/SIDA o VIH

_____ *Alcohol/Drug/Substance Abuse
(Diagnosis, treatment, or referral
information)/*Consumo de
alcohol/drogas/sustancias (diagnóstico,
tratamiento o información de remisión)

_____ Genetic Information (services or
tests)/Información genética (servicios o
pruebas)

_____ Maternity/Pregnancy (Reproductive
Health)/Maternidad/embarazo (salud
reproductiva)

_____ Mental Health Data and
Records/Datos y registros de salud mental

_____ Sexually transmitted illness/disease
(testing and treatment)/Enfermedad de
transmisión sexual (prueba y tratamiento)

Other Information/Otra información

Date(s) of Service/Fecha(s) del Servicio: _____

Provider(s)/Proveedor(es): _____

Details of Request/Detalles de la Solicitud: _____

PART E: MEMBER SIGNATURE AND DATE

PARTE E: FIRMA DEL MIEMBRO Y FECHA

Member Signature/Firma del miembro

Date/Fecha

- OR -/- O -

Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature
Firma del representante designado/tutor legal del miembro

Date/Fecha

Relationship to Member: Parent Legal guardian* Holder of Power of Attorney*
Relación con el miembro: Padre/madre Tutor legal* 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 estuviera firmado por alguien que no fuera el miembro o uno de sus padres, solicitamos que se adjunte la documentación legal si es el tutor legal o apoderado.**

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.)

Nota para padres, madres y tutores legales de menores: Las leyes estatales pueden prohibir que Providence Medicare Advantage Plans actúe con respecto a la información confidencial basándose en su solicitud sin la autorización escrita del miembro menor de edad (tienen que firmar tanto el padre/la madre/el tutor como el menor).