

**MEMBER ACCESS TO RECORDS FORM / نموذج طلب وصول الأعضاء إلى السجلات**

املاً هذا النموذج لطلب نسخة من معلوماتك الصحية (المطالبات، التسجيل/الأهلية، الموافقة المسبقة) من بروفيدنس هيلث أشورانس (PHA). ينطبق هذا الطلب فقط على سجلات خطة الرعاية الصحية المحفوظة لدى بروفيدنس هيلث أشورانس؛ ويُرجى الاتصال بمكتب مقدم الخدمة للحصول على سجلاتك الطبية غير المتعلقة بخطة الرعاية الصحية. يُرجى استخدام بطاقة هوية العضو (ID) لمساعدتك في استكمال المعلومات في الجزء أ.

**/ PART A: MEMBER INFORMATION (Provide your name and personal information)**  
**الجزء أ: معلومات العضو (أدخل اسمك ومعلوماتك الشخصية)**

الاسم الأوسط / Middle Initial / الأحرف الأولى من الاسم الأوسط	الاسم الأول / Member First Name للعضو	الاسم الأخير / Member Last Name للعضو
Group Number (see your ID card) / رقم المجموعة (راجع بطاقة هويتك)	Member Identification Number / (see your ID card) / رقم معرف العضو (راجع بطاقة هوية العضو)	Member Date of Birth / تاريخ ميلاد العضو
Preferred Phone Number / رقم الهاتف المفضل	/ City, State, and Zip Code / المدينة والولاية والرمز البريدي	/ Member Home/Street Address / عنوان منزل/شارع سكن العضو

**PART B: SELECT WHERE TO SEND YOUR INFORMATION**  
**الجزء ب: حدد وجهة إرسال معلوماتك**

Paper copy to the above mailing address in Part A   
نسخة ورقية إلى العنوان البريدي المذكور أعلاه في الجزء أ

Paper copy to the third-party listed below

Name / الاسم:

Address / العنوان:

City, State, Zip / المدينة:

الولاية، الرمز البريدي:

Phone Number / رقم الهاتف:

/ Electronic copy emailed to

نسخة إلكترونية عبر البريد

الإلكتروني إلى:

(Email address) / (عنوان البريد الإلكتروني)

Information will be sent via secure (encrypted) email unless otherwise specified. Initial if you wish  
email to be sent unencrypted / سيتم إرسال المعلومات عبر بريد إلكتروني آمن (مشفر) ما لم يُحدد خلاف ذلك. ضع  
توقيعك بالأحرف الأولى من اسمك إذا كنت ترغب في إرسال البريد الإلكتروني غير مشفر: \_\_\_\_\_.

Note, some level of risk is associated with sending your health information via unencrypted email  
or by mail, as your records could be accessed by an unauthorized third party / يُرجى ملاحظة أن  
إرسال معلوماتك الصحية عبر بريد إلكتروني غير مشفر أو عبر البريد العادي ينطوي على قدر من المخاطرة، حيث يمكن أن  
يصل طرف ثالث غير مصرح له إلى سجلاتك.

## PART C: SELECT WHICH RECORDS YOU ARE REQUESTING / الجزء ج: حدد السجلات التي تطلبها

### Enrollment and Eligibility Information / معلومات التسجيل والأهلية

/ Date(s) of enrollment

تاريخ (تواريخ) التسجيل:

/ Details of request

تفاصيل الطلب:

### Claims information, including Pharmacy / معلومات المطالبات، بما في ذلك المتعلقة بالصيدلية

(Summary of claims paid or denied. Does not include information on claims received but  
/not yet processed. If you would like the status of those claims, contact Customer Service.)

(ملخص المطالبات المدفوعة أو المرفوضة. لا يشمل ذلك المعلومات المتعلقة بالمطالبات المستلمة التي لم يتم  
معالجتها بعد. وفي حال رغبتك في معرفة حالة هذه المطالبات، يُرجى الاتصال بخدمة العملاء.)

/ Date(s) of service

تاريخ (تواريخ) الخدمة:

/ Provider(s)

مقدم (مقدمي) الخدمة:

/ Details of request

تفاصيل الطلب:

### Mental Health Claims / المطالبات المتعلقة بالصحة العقلية

\*\*\* Must initial "Mental Health" in PART D ↓ or information will NOT be included \*\*\*

\*\*\* يجب التوقيع بالأحرف الأولى على "الصحة العقلية" في الجزء د ↓ وإلا فلن يتم تضمين المعلومات \*\*\*

/ Date(s) of enrollment

تاريخ (تواريخ) التسجيل:

/ Provider(s)

مقدم (مقدمي) الخدمة:

/ Details of request

تفاصيل الطلب:

/ Case Management/Medical Management/Utilization Management (Prior Authorizations)   
إدارة الحالات/الإدارة الطبية/إدارة الاستخدامات (الموافقات المسبقة)

/ Date(s) of service

تاريخ (تواريخ) الخدمة:

/ Provider(s)

مقدم (مقدمي) الخدمة:

/ Details of request

تفاصيل الطلب:

Customer Service Inquiry (CSI) / استعلام خدمة العملاء (CSI)

/ Date(s) of service

تاريخ (تواريخ) الخدمة:

/ Details of request

تفاصيل الطلب:

Other Information (Specify) / معلومات أخرى (يُرجى التحديد)

/ Date(s) of service

تاريخ (تواريخ) الخدمة:

/ Provider(s)

مقدم (مقدمي) الخدمة:

/ Details of request

تفاصيل الطلب:

**PART D: SENSITIVE INFORMATION THAT CAN BE DISCLOSED BY PHA (Write your / initials (not X or ✓) on the line next to each type of sensitive information you wish to include)**

الجزء هـ: المعلومات الحساسة التي يمكن أن تُفصح عنها بروفيدنس هيلث أشورانس (اكتب الأحرف الأولى من اسمك (ليس X أو ✓) على السطر المجاور لكل نوع من المعلومات الحساسة التي تود تضمينها)

If our records contain any of the types of information listed below, additional laws relating to the use and disclosure of the information may apply. / إذا كانت سجلاتنا تتضمن أي من أنواع المعلومات المذكورة أدناه، فقد تنطبق قوانين إضافية تتعلق باستخدام المعلومات والكشف عنها.

*\*I understand that certain types of sensitive information, including some that are related to alcohol/substance use, are protected under Federal and State privacy laws and regulations and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the laws and regulations. I understand and agree that the below information will only be disclosed if I write my initials on the line next to the specified sensitive information.*

أنواعًا معينة من المعلومات الحساسة، بما في ذلك بعض المعلومات المتعلقة بتعاطي الكحوليات/المواد المخدرة، تتمتع بالحماية بموجب قوانين ولوائح الخصوصية الفيدرالية وعلى مستوى الولاية، ولا يمكن الكشف عنها دون موافقتي الخطية ما لم ينص على خلاف ذلك في القوانين واللوائح. أفهم وأوافق على أن المعلومات الواردة أدناه لن يتم الكشف عنها إلا إذا وقّعت بالأحرف الأولى من اسمي في السطر المجاور للمعلومات الحساسة المحددة.

Mental Health Data and  
بيانات وسجلات الصحة  
العقلية / Records

/(Initial)  
(التوقيع)  
بالأحرف  
(الأولى)

/ HIV (testing and treatment)  
فيروس نقص المناعة البشرية (الفحص والعلاج)

/(Initial)  
(التوقيع)  
بالأحرف  
(الأولى)

Maternity/Pregnancy  
/ (reproductive health)  
الأمومة/الحمل (الصحة الإنجابية)

/(Initial)  
(التوقيع)  
بالأحرف  
(الأولى)

Alcohol/Drug/Substance Use \*  
/ (diagnosis, treatment, referral information)  
\* تعاطي الكحوليات/المخدرات/المواد المسببة  
للإدمان (التشخيص والعلاج ومعلومات الإحالة)

/(Initial)  
(التوقيع)  
بالأحرف  
(الأولى)

Sexually Transmitted Illness/  
/ Disease (testing and treatment)  
الأمراض / العدوى المنقولة جنسيًا  
(الفحص والعلاج)

/(Initial)  
(التوقيع)  
بالأحرف  
(الأولى)

/ Genetic Information (services or tests)  
المعلومات الجينية الوراثية (الخدمات أو الاختبارات)

/(Initial)  
(التوقيع)  
بالأحرف  
(الأولى)

**Please note:** To parents/legal guardians of minors, some state laws may prohibit PHA from acting on your request about Sensitive Information without written authorization from the minor member. / **يرجى ملاحظة ما يلي:** إلى أولياء أمور/الأوصياء القانونيين على القاصرين، قد تحظر بعض قوانين الولايات على بروفيدنس هيلث أشورانس التصرف بناءً على طلبكم بشأن المعلومات الحساسة دون الحصول على إذن كتابي من العضو القاصر.

التاريخ / Date

توقيع العضو القاصر / Minor Member's Signature

**/ PART E: MEMBER SIGNATURE AND DATE (Sign your name and write the date below)**

الجزء هـ: توقيع العضو والتاريخ (وقع باسمك واكتب التاريخ أدناه)

التاريخ / Date

توقيع العضو / Member's Signature

التاريخ / Date

/ Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature

توقيع الممثل القانوني/الوصي المعين من قبل العضو

العلاقة بالعضو: / Relationship to Member  والد/والدة القاصر / Parent of a Minor

الوصي القانوني \* / \*Legal Guardian  \*توكيل رسمي / Power of Attorney

*\*If this form is signed by someone other than the member, please attach authorizing legal documentation of guardianship or power of attorney / في حالة التوقيع على هذا النموذج من قبل شخص آخر غير العضو، يُرجى إرفاق الوثائق القانونية التي تثبت الوصاية أو التوكيل.*

### الجزء و: أعد النموذج المكتمل إلى بروفيدنس هيلث أشورانس

العنوان البريدي:	الفاكس:	البريد الإلكتروني:
Providence Health Assurance Attn: CBI PO Box 4327 Portland, Oregon 97208-4327	503-574-8608	<a href="mailto:DRSRequest@providence.org">DRSRequest@providence.org</a>

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى التواصل مع مسؤولي Providence Medicare Advantage Plans على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340. ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711. نعمل سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ). ولا نعمل في أيام السبت والأحد خلال الفترة من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.



### معلومات حول طلبك للوصول إلى معلوماتك الصحية المحمية (PHI)

#### ماذا يعني حقي في الوصول إلى معلوماتي الصحية؟

تتمتع أنت أو ممتلك الشخصي بالحق في الحصول على نسخة من معلوماتك الصحية، المعروفة أيضًا باسم المعلومات الصحية المحمية، التي تحتفظ بها بروفيدنس هيلث أشورانس في مجموعة سجلات معينة (DRS) وفقًا لقانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة لعام 1996 (HIPAA). مجموعة السجلات المعنية هي مجموعة من السجلات التي تحتفظ بها وتستخدمها بروفيدنس هيلث أشورانس أو بالنيابة عنها، لاتخاذ قرارات بشأنك كعضو. قد تتضمن مجموعة السجلات المعنية (DRS) سجلات تتعلق بالتسجيل أو المطالبات أو إدارة الحالات أو الإدارة الطبية أو إدارة الاستخدامات.

#### ما الذي يجب أن أفهمه لاستخدام هذا الحق؟

- يمكنك طلب نسخ من معلوماتك الصحية التي تحتفظ بها بروفيدنس هيلث أشورانس وتديرها.
- ستتبع بروفيدنس هيلث أشورانس الجداول الزمنية المطلوبة بموجب قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمساءلة (HIPAA) و/أو القانون المعمول به في الولاية والذي قد يتطلب وقت استجابة أسرع. وإذا لم تتمكن من الرد في غضون الإطار الزمني المطلوب، فسوف نرسل لك تفسيرًا مكتوبًا للتأخير. ينطبق هذا الطلب فقط على السجلات التي تحتفظ بها بروفيدنس هيلث أشورانس. وإذا كنت بحاجة إلى سجلات طبية من مقدم الخدمة الذي تتعامل معه، فستحتاج إلى الاتصال بمكتبه مباشرة وتقديم طلب منفصل.
- قد لا تتمكن من الوصول إلى جميع السجلات، على سبيل المثال، بعض السجلات المستخدمة في الإجراءات القانونية أو الإدارية.
- يتم تسجيل المكالمات الهاتفية الموجهة لخدمة العملاء لأغراض التدريب والجودة. بروفيدنس هيلث أشورانس غير مطالبة بالتفريغ النصي لتسجيلات المكالمات أو مشاركتها.
- الطعون والشكاوى: يمكنك طلب نسخة من الوثائق التي أنشأتها بروفيدنس هيلث أشورانس للرد على أي طعن أو شكوى. يُرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم الموجود على بطاقة هويتك لدى بروفيدنس هيلث أشورانس.

كم سيكلفني هذا؟  
• لا توجد رسوم للحصول على سجلاتك.