

## MEMBER ACCESS TO RECORDS FORM / 会员获取记录申请表

填写此表格以向 Providence Health Assurance (PHA) 申请获取您的健康信息副本（索赔、参保/资格、事先授权）。此申请仅适用于由 PHA 保存的健康保险计划记录；如需获取非健康保险计划的医疗记录，请联系您的提供者办公室。请使用您的会员 ID 卡协助您填写第 A 部分的信息。

PART A: MEMBER INFORMATION <i>(Provide your name and personal information)</i> / 第 A 部分：会员信息 <i>(提供您的姓名和个人信息)</i>		
Member Last Name / 会员姓氏	Member First Name / 会员名字	Middle Initial / 中间名首字母
Member Date of Birth / 会员出生日期	Member Identification Number (see your ID card) / 会员身份识别号 (请参见您的 ID 卡)	Group Number (see your ID card) / 组号 (请参见您的 ID 卡)
Member Home/Street Address / 会员家庭/街道地址	City, State, and Zip Code / 城市, 州和邮编	Preferred Phone Number / 常用电话号码

PART B: SELECT WHERE TO SEND YOUR INFORMATION / 第 B 部分：选择您的信息发送至何处	
<input type="checkbox"/> Paper copy to the above mailing address in Part A / 纸质副本请邮寄至上述的第 A 部分地址。	
<input type="checkbox"/> Paper copy to the third-party listed below / 纸质副本请邮寄至下方所列第三方：	
Name / 姓名：	_____
Address / 地址：	_____
City, State, Zip / 城市, 州, 邮编：	_____
Phone Number / 电话号码：	_____

- Electronic copy emailed to /  
电子副本请发送至邮箱：

\_\_\_\_\_ (Email address) / (电子邮箱地址)

*Information will be sent via secure (encrypted) email unless otherwise specified. Initial if you wish email to be sent unencrypted / 除非另有说明，信息将通过安全（加密）电子邮件发送。如希望通过未加密邮件发送，请在此处签姓名首字母确认：\_\_\_\_\_。*

*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. / 请注意，通过未加密电子邮件或邮寄方式发送您的健康信息存在一定风险，您的记录可能会被未经授权的第三方访问。*

## **PART C: SELECT WHICH RECORDS YOU ARE REQUESTING / 第 C 部分：选择您要申请的记录。**

- Enrollment and Eligibility Information / 参保和资格信息**

Date(s) of enrollment /  
参保日期：\_\_\_\_\_

Details of request /  
申请详情：\_\_\_\_\_

- Claims information, including Pharmacy / 索赔信息，包括药房**

*(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.) / (已支付或被拒绝的索赔摘要。不包括尚未处理的索赔信息。如需了解这些索赔的状态，请联系客户服务部。)*

Date(s) of service /  
服务日期：\_\_\_\_\_

Provider(s) / 提供者：\_\_\_\_\_

Details of request /  
申请详情：\_\_\_\_\_

- Mental Health Claims / 心理健康索赔**

**\*\*\* Must initial “Mental Health” in PART D ↓ or information will NOT be included \*\*\* /  
\*\*\* 必须在第 D 部分 ↓ “心理健康”处签姓名首字母，否则相关信息将不会被包含 \*\*\***

Date(s) of enrollment /  
参保日期：\_\_\_\_\_

Provider(s) / 提供者: \_\_\_\_\_

Details of request /  
申请详情: \_\_\_\_\_

**Case Management/Medical Management/Utilization Management (Prior Authorizations) /  
个案管理/医疗管理/利用管理 (事先授权)**

Date(s) of service /  
服务日期: \_\_\_\_\_

Provider(s) / 提供者: \_\_\_\_\_

Details of request /  
申请详情: \_\_\_\_\_

**Customer Service Inquiry (CSI) / 客户服务查询 (CSI)**

Date(s) of service /  
服务日期: \_\_\_\_\_

Details of request /  
申请详情: \_\_\_\_\_

**Other Information (Specify) / 其他信息 (请注明)**

Date(s) of service /  
服务日期: \_\_\_\_\_

Provider(s) / 提供者: \_\_\_\_\_

Details of request /  
申请详情: \_\_\_\_\_

**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) / 第 D 部分: PHA 可披露的敏感信息 (请在您希望包含的每类敏感信息旁写下您的姓名首字母 (不可用 X 或 ✓))**

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. /如果我们的记录包含以下任何类型的信息, 则可能适用与信息使用和披露相关的其他法律。

*\*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. / \*我了解某些类型的敏感信息, 包括一些与酒精/药物滥用有关的信息, 受联邦和州隐私法律法规的保护, 除非法律法规另有规定, 否则未经本人书面同意不得披露。我理解并同意, 只有在我在具体敏感信息旁横线上**填写我的姓名首字母**后, 以下信息才会被披露。*

HIV (testing and treatment) /  
艾滋病病毒（检测和治疗）

\_\_\_\_\_  
(Initial) /  
(签署姓名首字母)

\*Alcohol/Drug/Substance Use  
(diagnosis, treatment, referral information) /  
\*酒精/毒品/药物滥用（诊断、治疗、  
转介信息）

\_\_\_\_\_  
(Initial) /  
(签署姓名首字母)

Genetic Information (services or tests) /  
遗传信息（服务或检测）

\_\_\_\_\_  
(Initial) /  
(签署姓名首字母)

Mental Health Data and  
Records /心理健康数据和记录

\_\_\_\_\_  
(Initial) /  
(签署姓名首字母)

Maternity/Pregnancy  
(reproductive health) / 生育/怀  
孕（生殖健康）

\_\_\_\_\_  
(Initial) /  
(签署姓名首字母)

Sexually Transmitted Illness/  
Disease (testing and treatment) /  
性传播疾病/病症（检测和治  
疗）

\_\_\_\_\_  
(Initial) /  
(签署姓名首字母)

**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. / **请注意:** 对于未成年人的父母/法定监护人，某些州的法律可能会禁止 PHA 在未获得未成年会员书面授权的情况下回应您提出的敏感信息相关请求。

\_\_\_\_\_  
*Minor Member's Signature / 未成年会员签名*

\_\_\_\_\_  
*Date / 日期*

**PART E: MEMBER SIGNATURE AND DATE (Sign your name and write the date below) /  
第 E 部分：会员签名和日期（请在下方签名并填写日期）**

\_\_\_\_\_  
*Member's Signature / 会员签名*

\_\_\_\_\_  
*Date / 日期*

\_\_\_\_\_  
*Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature /  
会员指定法律代表/监护人签名*

\_\_\_\_\_  
*Date / 日期*

Relationship to Member / 与会员的关系:  Parent of a Minor / 未成年人的父母  
 \*Legal Guardian / \*法定监护人  \*Power of Attorney / \*具有代理权

*\*If this form is signed by someone other than the member, please attach authorizing legal documentation of guardianship or power of attorney. / \*如果本表由会员以外的其他人签署, 请附上监护人授权法律文件或委托书。*

## 第 F 部分: 将填写完成的表格交回 PHA。

邮寄:	传真:	电子邮件:
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>

如有任何疑问, 请致电 Providence Medicare Advantage Plans, 电话 503-574-8000 或 1-800-603-2340。TTY 用户请拨打 711。我们每周七天均开放, 服务时间为上午 8 点至晚上 8 点 (太平洋时间)。4 月 1 日至 9 月 30 日期间, 我们周六和周日休息。



## 关于您申请获取受保护健康信息 (PHI) 的说明

### 我获取本人健康信息的权利意味着什么?

依据 1996 年《健康保险便利性和责任法案》(HIPAA), 您或您的个人代表有权获得由 Providence Health Assurance 在指定记录集 (DRS) 中保存和维护的您的健康信息副本, 这些健康信息也称为“受保护健康信息”。指定记录集是 Providence Health Assurance 为您作为会员做出决策时维护和使用的一组记录。DRS 可能包括与参保、索赔、个案管理、医疗管理或利用管理相关的记录。

### 我需要了解哪些内容才能行使这一权利?

- 您可以申请获取您由 PHA 保存和维护的健康信息副本。
- PHA 将遵循 HIPAA 和/或适用州法律规定的时限要求, 优先遵循更快的回应时间要求。如果我们无法在规定时间内作出回应, 我们会向您发送书面说明, 解释延迟原因。此申请仅适用于 PHA 持有的记录。如果您需要从您的提供者处获取医疗记录, 请直接联系其办公室并单独提出申请。
- 您可能无法获取所有记录, 例如某些用于法律或行政程序的记录。
- 客户服务通话会被录音, 用于培训和质量目的。PHA 没有义务转录或分享通话录音。

- 上诉和申诉：您可以申请获取 PHA 为回应上诉或申诉而创建的相关文件副本。请拨打您的 PHA 会员卡上的客户服务电话。

### 这要花费我多少钱？

- 您的记录副本免费提供。