

MEMBER ACCESS TO RECORDS FORM / ФОРМА ДОСТУПА К ДОКУМЕНТАЦИИ УЧАСТНИКА

Заполните эту форму, чтобы запросить копию Вашей медицинской информации (заявления, регистрация / соответствие требованиям для участия, предварительное разрешение) в администрации программы Providence Health Assurance (РНА). Этот запрос относится только к записям о планах медицинского страхования, хранящимся в РНА; для получения медицинской документации, не относящейся к планам медицинского страхования, обращайтесь в офис своего поставщика медицинских услуг. Для корректного заполнения информации в части А используйте свою идентификационную карту участника (ID-карту).

PART A: MEMBER INFORMATION (Provide your name and personal information) / ЧАСТЬ А. СВЕДЕНИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ (-ЦЕ) (Укажите свои имя, фамилию и личную информацию)

Member Last Name / Фамилия участника (-цы)	Member First Name / Имя участника (-цы)	Middle Initial / Инициал второго имени
Member Date of Birth / Дата рождения участника (-цы)	Member Identification Number (see your ID card) / Идентификационный номер участника (-цы) (см. ID-карту)	Group Number (see your ID card) / Номер группы (см. ID-карту)
Member Home/Street Address / Адрес участника (-цы) с указанием улицы и номера дома	City, State, and Zip Code / Город, штат и почтовый индекс	Preferred Phone Number / Основной номер телефона

PART B: SELECT WHERE TO SEND YOUR INFORMATION / ЧАСТЬ В. ВЫБЕРИТЕ, КУДА СЛЕДУЕТ ОТПРАВИТЬ ВАШУ ИНФОРМАЦИЮ

- Paper copy to the above mailing address in Part A / Бумажная копия на указанный выше в части А почтовый адрес
- Paper copy to the third-party listed below / Бумажная копия третьему лицу, указанному ниже:

Name / Имя и

фамилия: _____

Address / Адрес: _____

City, State, Zip /

Город, штат, индекс: _____

Phone Number /

Номер телефона: _____

- Electronic copy emailed to /
Электронная копия по
электронной почте: _____

(Email address) / (адрес электронной почты)

Information will be sent via secure (encrypted) email unless otherwise specified. Initial if you wish email to be sent unencrypted / Примечание. Информация будет отправлена по защищенной (зашифрованной) электронной почте, если не указано иное. Поставьте свои инициалы, если хотите, чтобы электронное письмо было отправлено в незашифрованном виде:

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. / Обратите внимание, что отправка Вашей медицинской информации по незашифрованной электронной почте или по почте сопряжена с определенным риском, поскольку к Вашим записям может получить доступ неуполномоченное третье лицо.

PART C: SELECT WHICH RECORDS YOU ARE REQUESTING / ЧАСТЬ С: ВЫБЕРИТЕ СВЕДЕНИЯ, КОТОРЫЕ ВЫ ЗАПРАШИВАЕТЕ

- Enrollment and Eligibility Information / Информация о регистрации и требованиях к участникам**

Date(s) of enrollment /

Дата регистрации: _____

Details of request /

Детали запроса: _____

- Claims information, including Pharmacy / Информация о страховых требованиях, включая аптечные услуги**

(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.) / (Учет оплаченных или отклоненных заявок. Не включает информацию о заявках, которые были отправлены, но еще не обработаны. Если Вы хотите узнать статус этих заявок, обратитесь в отдел обслуживания клиентов.)

Date(s) of service /

Дата оказания услуги: _____

Provider(s) /

Поставщик: _____

Details of request /

Детали запроса: _____

Mental Health Claims / Страховые требования, связанные с психическим здоровьем

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

**** Должны быть указаны инициалы в ЧАСТИ D возле пункта «Документация и сведения о психиатрическом статусе», ↓ иначе информация НЕ будет включена ****

Date(s) of enrollment /

Дата регистрации: _____

Provider(s) /

Поставщик: _____

Details of request /

Детали запроса: _____

Case Management/Medical Management/Utilization Management (Prior Authorizations) / Координирование медицинской помощи / медицинское сопровождение / контроль над использованием страхового покрытия (предварительные утверждения)

Date(s) of service /

Дата оказания услуги: _____

Provider(s) /

Поставщик: _____

Details of request /

Детали запроса: _____

Customer Service Inquiry (CSI) / Запрос в службу поддержки клиентов

Date(s) of service /

Дата оказания услуги: _____

Details of request /

Детали запроса: _____

Other Information (Specify) / Другая информация (укажите)

Date(s) of service /

Дата оказания услуги: _____

Provider(s) /

Поставщик: _____

Details of request /

Детали запроса: _____

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*) / ЧАСТЬ D. КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КОТОРУЮ МОЖЕТ РАСКРЫВАТЬ РНА (*Напишите свои инициалы (не X и не ✓) напротив каждого вида конфиденциальной информации, которую Вы разрешаете включать*)

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. / Если в наших системах хранится любая из указанных ниже категорий информации, ее использование и передача могут подпадать под действие дополнительных законодательных норм.

**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. / *Мне известно, что некоторые виды конфиденциальных сведений, в частности касающиеся употребления алкоголя/психоактивных веществ, находятся под защитой федеральных и региональных законов о конфиденциальности и не подлежат разглашению без моего письменного разрешения, за исключением случаев, установленных законодательством. Я понимаю и подтверждаю, что разглашению подлежат только те конфиденциальные сведения, напротив которых указаны мои инициалы.*

HIV (testing and treatment) /
Сведения, касающиеся ВИЧ
(проведения тестов и лечения)

(Initial) /
(Инициалы)

*Alcohol/Drug/Substance Use
(diagnosis, treatment, referral
information) / *Информация об
употреблении алкоголя и прочих
психоактивных веществ
(диагностике, лечении, направлениях
к специалистам)

(Initial) /
(Инициалы)

Genetic Information (services or tests) /
Генетическая информация (данные
об услугах и тестировании)

(Initial) /
(Инициалы)

Mental Health Data and
Records / Документация и
сведения о
психиатрическом статусе

(Initial) /
(Инициалы)

Maternity/Pregnancy
(reproductive health) / Данные
о беременности и родах
(репродуктивном здоровье)

(Initial) /
(Инициалы)

Sexually Transmitted Illness/
Disease (testing and treatment) /
Сведения, касающиеся
инфекций, передающихся
половым путем (проведения
тестов и лечения)

(Initial) /
(Инициалы)

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. / **Примечание.** Вниманию родителей/законных опекунов несовершеннолетних: по законодательству некоторых штатов РНА может быть запрещено обрабатывать Ваш запрос о конфиденциальной информации без письменного согласия несовершеннолетнего (-ей) участника (-цы).

*Minor Member's Signature / Подпись
участника (-цы)*

Date / Дата

**PART E: MEMBER SIGNATURE AND DATE (Sign your name and write the date below) /
PARTE E: FIRMA DEL MIEMBRO Y FECHA (Firme con su nombre y escriba la fecha a
continuación)**

Member's Signature / Подпись участника (-цы)

Date / Дата

*Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature /
Подпись уполномоченного законного представителя / опекуна
участника (-цы)*

Date / Дата

Relationship to Member / Кем приходится участнику (-це): *Parent of a Minor /
Родитель несовершеннолетнего участника (-цы)* **Legal Guardian / *Законный
опекун* **Power of Attorney / *Доверенность*

**If this form is signed by someone other than the member, please attach authorizing
legal documentation of guardianship or power of attorney. / *Если эта форма
подписывается не участником (-цей), следует приложить юридический
документ, подтверждающий опекунство, или доверенность.*

ЧАСТЬ F. ОТПРАВКА ЗАПОЛНЕННОЙ ФОРМЫ В РНА

Почтовый адрес:	Факс:	Адрес электронной почты:
Providence Health Assurance Адресат: CBI PO Box 4327 Portland, Oregon 97208-4327	503-574-8608	DRSRequest@providence.org

С любыми вопросами обращайтесь в программу Providence Medicare Advantage Plans по номеру телефона 503-574-8000 или 1-800-603-2340. Линия ТТУ: 711. Мы работаем без выходных с 08:00 до 20:00 (по тихоокеанскому времени). Однако в период с 1 апреля по 30 сентября мы не работаем по субботам и воскресеньям.



Информация о Вашем запросе на доступ к защищенной медицинской информации (РНИ)

Что подразумевает мое право на доступ к медицинской информации?

Вы или Ваш личный представитель имеете право получить копию Вашей медицинской информации, также называемой защищенной медицинской информацией, которая хранится и ведется администрацией программы Providence Health Assurance в индивидуальном наборе данных (Designated Record Set, DRS), в соответствии с Законом о переносимости и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) от 1996 года. Индивидуальный набор данных — это группа записей, которые ведутся и используются администрацией программы Providence Health Assurance или для нее, для принятия решений о Вас как об участнике программы. DRS может содержать записи, относящиеся к регистрации, страховым требованиям, координированию медицинской помощи, медицинскому сопровождению или контролю над использованием страхового покрытия.

Что нужно знать, чтобы воспользоваться этим правом?

- Вы можете запросить копии своей медицинской информации, которую хранит и ведет РНА.
- РНА будет следовать срокам, установленным HIPAA и (или) применимым законам штата, которые могут потребовать ускоренного времени реагирования. Если мы не сможем ответить в установленные сроки, мы направим Вам письменное объяснение задержки. Этот запрос применим только к записям, хранящимся в РНА. Если Вам нужна медицинская документация от Вашего поставщика медицинских услуг, Вам необходимо обратиться непосредственно в его офис и подать отдельный запрос.
- Возможно, Вы не сможете получить доступ ко всем записям, например к определенным записям, используемым в судебных или административных разбирательствах.
- Звонки в отдел обслуживания клиентов записываются в целях обучения сотрудников и обеспечения качества услуг. Администрация плана РНА не обязана расшифровывать или передавать записи звонков.

- Апелляции и жалобы. Вы можете запросить копию документов, созданных РНА в ответ на апелляцию или жалобу. Позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру, указанному на Вашей ID-карте РНА.

Сколько это будет стоить?

- Ваши записи предоставляются бесплатно.