

MEMBER ACCESS TO RECORDS FORM / MẪU ĐƠN TRUY CẬP HỒ SƠ CỦA HỘI VIÊN

Vui lòng hoàn thành mẫu đơn này để yêu cầu Providence Health Assurance (PHA) cung cấp bản sao thông tin sức khỏe của quý vị (yêu cầu thanh toán, ghi danh/tính đủ điều kiện, cho phép trước). Yêu cầu này chỉ áp dụng cho hồ sơ chương trình bảo hiểm y tế do PHA lưu giữ; vui lòng liên hệ với văn phòng nhà cung cấp dịch vụ của quý vị để biết hồ sơ y tế không thuộc chương trình bảo hiểm y tế của quý vị. Vui lòng sử dụng thẻ định danh hội viên (member identification, ID) của quý vị để hoàn thành thông tin trong Phần A.

PART A: MEMBER INFORMATION (Provide your name and personal information) / PHẦN A: THÔNG TIN HỘI VIÊN (Cung cấp tên và thông tin cá nhân của quý vị)		
Member Last Name / Họ của Hội Viên	Member First Name / Tên của Hội Viên	Middle Initial / Tên Đệm Viết Tắt
Member Date of Birth / Ngày Sinh của Hội Viên	Member Identification Number (see your ID card) / Số Định Danh Hội Viên (xem thẻ ID của quý vị)	Group Number (see your ID card) / Số Nhóm (xem thẻ ID của quý vị)
Member Home/Street Address / Địa Chỉ Đường Phố/Nhà Riêng của Hội Viên	City, State, and Zip Code / Thành Phố, Tiểu Bang và Mã Zip	Preferred Phone Number / Số Điện Thoại Ưa Dùng

PART B: SELECT WHERE TO SEND YOUR INFORMATION / PHẦN B: CHỌN ĐỊA ĐIỂM GỬI THÔNG TIN CỦA QUÝ VỊ
<input type="checkbox"/> Paper copy to the above mailing address in Part A / Bản cứng gửi đến địa chỉ gửi thư nêu trên trong Phần A
<input type="checkbox"/> Paper copy to the third-party listed below / Bản cứng gửi đến bên thứ ba được liệt kê bên dưới:

Name / Tên: _____

Address / Địa Chỉ: _____

City, State, Zip /
Thành Phố, Tiểu
Bang, Mã Zip: _____

Phone Number /
Số Điện Thoại: _____

- Electronic copy emailed to /
Bản sao điện tử được gửi
qua email đến:

_____ *(Email address) / (Địa chỉ email)*

Information will be sent via secure (encrypted) email unless otherwise specified. Initial if you wish email to be sent unencrypted / Thông tin sẽ được gửi thông qua email bảo mật (được mã hóa) trừ khi có chỉ định khác. Ký tắt nếu quý vị muốn email được gửi mà không mã hóa: _____.

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. / Lưu ý, việc gửi thông tin sức khỏe của quý vị qua email không được mã hóa hoặc qua đường bưu điện có thể tồn tại rủi ro ở một mức độ nhất định, vì hồ sơ của quý vị có thể bị truy cập bởi một bên thứ ba không được ủy quyền.

PART C: SELECT WHICH RECORDS YOU ARE REQUESTING / PHẦN C: CHỌN HỒ SƠ QUÝ VỊ YÊU CẦU

- Enrollment and Eligibility Information / Thông Tin Ghi Danh và Đủ Điều Kiện**

Date(s) of enrollment /
(Các) Ngày ghi danh: _____

Details of request /
Chi tiết yêu cầu: _____

- Claims information, including Pharmacy / Thông tin yêu cầu bảo hiểm, bao gồm cả Nhà Thuốc**

(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.) / (Tóm tắt các yêu cầu bảo hiểm được thanh toán hoặc bị từ chối. Không bao gồm thông tin về các yêu cầu bảo hiểm đã nhận nhưng chưa được xử lý. Nếu quý vị muốn biết trạng thái của các yêu cầu bảo hiểm đó, vui lòng liên hệ với Ban Dịch Vụ Khách Hàng.)

Date(s) of service /
(Các) Ngày cung cấp
dịch vụ: _____

Provider(s) / (Các) Nhà
cung cấp dịch vụ: _____

Details of request /
Chi tiết yêu cầu: _____

Mental Health Claims / Yêu Cầu Bảo Hiểm Sức Khỏe Tâm Thần

*** *Must initial "Mental Health" in PART D ↓ or information will NOT be included *** /
*** *Phải ký tắt vào phần "Sức Khỏe Tâm Thần" trong PHẦN D ↓ nếu không thông tin
sẽ KHÔNG được bao gồm *****

Date(s) of enrollment /
(Các) Ngày ghi danh: _____

Provider(s) / (Các) Nhà
cung cấp dịch vụ: _____

Details of request /
Chi tiết yêu cầu: _____

**Case Management/Medical Management/Utilization Management (Prior Authorizations) /
Quản Lý Trường Hợp/Quản Lý Y Tế/Quản Lý Sử Dụng (Cho Phép Trước)**

Date(s) of service /
(Các) Ngày cung cấp
dịch vụ: _____

Provider(s) / (Các) Nhà
cung cấp dịch vụ: _____

Details of request /
Chi tiết yêu cầu: _____

**Customer Service Inquiry (CSI) / Truy Vấn Dịch Vụ Khách Hàng (Customer Service
Inquiry, CSI)**

Date(s) of service /
(Các) Ngày cung cấp
dịch vụ: _____

Details of request /
Chi tiết yêu cầu: _____

Other Information (Specify) / Thông Tin Khác (Nêu Rõ)

Date(s) of service /
(Các) Ngày cung cấp
dịch vụ: _____

Provider(s) / (Các) Nhà
cung cấp dịch vụ: _____

Details of request /
Chi tiết yêu cầu: _____

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*) / **PHẦN D: THÔNG TIN NHẠY CẢM CÓ THỂ ĐƯỢC PHA CHIA SẺ** (*Ghi tên viết tắt của quý vị (không phải X hoặc ✓) vào dòng bên cạnh mỗi loại thông tin nhạy cảm mà quý vị sẽ cho phép chia sẻ*)

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. / Nếu các hồ sơ của chúng tôi chứa bất kỳ loại thông tin nào được liệt kê bên dưới, có thể áp dụng các luật bổ sung liên quan đến việc sử dụng và tiết lộ thông tin đó.

**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. / *Tôi hiểu rằng một số loại thông tin nhạy cảm nhất định, bao gồm một số thông tin liên quan đến việc kiểm soát sử dụng rượu bia/chất gây nghiện, được bảo vệ theo luật và quy định về quyền riêng tư của Liên Bang và Tiểu Bang và không được tiết lộ khi chưa có sự chấp thuận bằng văn bản của tôi trừ khi luật và quy định có điều khoản khác. Tôi hiểu và đồng ý rằng thông tin dưới đây sẽ chỉ được tiết lộ nếu tôi ghi tên viết tắt của mình vào dòng bên cạnh thông tin nhạy cảm được chỉ định.*

HIV (testing and treatment) /
HIV (xét nghiệm và điều trị)

(Initial) /
(Ký tắt)

*Alcohol/Drug/Substance Use
(diagnosis, treatment, referral information) /
*Kiểm Soát Sử Dụng Rượu Bia/Ma
Túy/Chất Gây Nghiện (chẩn đoán, điều
trị, thông tin giấy giới thiệu)

(Initial) /
(Ký tắt)

Genetic Information (services or tests) /
Thông Tin Di Truyền (dịch vụ hoặc xét
nghiệm)

(Initial) /
(Ký tắt)

Mental Health Data and
Records / Dữ Liệu và Hồ Sơ
Sức Khỏe Tâm Thần

(Initial) /
(Ký tắt)

Maternity/Pregnancy
(reproductive health) /
Thai Sản/Mang Thai (sức khỏe
sinh sản)

(Initial) /
(Ký tắt)

Sexually Transmitted Illness/
Disease (testing and treatment) /
Bệnh Lây Truyền Qua Đường
Tinh Dục (xét nghiệm và điều
trị)

(Initial) /
(Ký tắt)

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. / **Xin lưu ý:** Đối với phụ huynh/người giám hộ hợp pháp của trẻ em, một số luật của tiểu bang có thể cấm PHA thực hiện theo yêu cầu của quý vị về Thông Tin Nhạy Cảm khi chưa có sự cho phép bằng văn bản từ hội viên là trẻ em.

*Minor Member's Signature / Chữ Ký của Hội
Viên Là Trẻ Em*

Date / Ngày

**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 / Chữ Ký của Hội Viên

Date / Ngày

*Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature /
Chữ Ký của Người Đại Diện/Người Giám Hộ Hợp Pháp Được Chỉ
Định Của Hội Viên*

Date / Ngày

Relationship to Member / Mối Quan Hệ với Hội Viên: *Parent of a Minor / Phụ Huynh
của Trẻ Em* **Legal Guardian / *Người Giám Hộ Hợp Pháp* **Power of Attorney /
Giấy Ủy Quyền

**If this form is signed by someone other than the member, please attach authorizing
legal documentation of guardianship or power of attorney. / *Nếu mẫu đơn này được
người khác không phải hội viên ký, vui lòng đính kèm tài liệu ủy quyền pháp lý về
quyền giám hộ hoặc giấy ủy quyền.*

PHẦN F: GỬI LẠI MẪU ĐƠN ĐÃ HOÀN THÀNH CHO PHA

Đường Bưu Điện:	Fax:	Email:
Providence Health Assurance Attn: CBI PO Box 4327 Portland, Oregon 97208-4327	503-574-8608	DRSRequest@providence.org

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi cho Providence Medicare Advantage Plans theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340. Người dùng TTY xin gọi số 711. Chúng tôi làm việc bảy ngày một tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. (Giờ Thái Bình Dương). Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, chúng tôi không làm việc vào các ngày Thứ Bảy và Chủ Nhật.



Thông tin về Yêu Cầu Truy Cập Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (Protected Health Information, PHI) của Quý Vị

Quyền truy cập thông tin sức khỏe của tôi có nghĩa là gì?

Quý vị hoặc người đại diện cá nhân của quý vị có quyền nhận một bản sao thông tin sức khỏe của quý vị, còn được gọi là thông tin sức khỏe được bảo vệ, do Providence Health Assurance lưu giữ và duy trì trong một bộ hồ sơ được chỉ định (designated record set, DRS) theo Đạo Luật Khả Năng Chuyển Đổi và Trách Nhiệm Giải Trình Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) năm 1996. Bộ hồ sơ được chỉ định là một nhóm các hồ sơ được duy trì và sử dụng bởi hoặc cho Providence Health Assurance, để đưa ra các quyết định về quý vị với tư cách là hội viên. DRS có thể bao gồm các hồ sơ liên quan đến việc ghi danh, yêu cầu thanh toán, quản lý trường hợp, quản lý y tế hoặc quản lý sử dụng.

Tôi cần hiểu điều gì để có thể sử dụng quyền này?

- Quý vị có thể yêu cầu bản sao thông tin sức khỏe của mình được PHA lưu giữ và duy trì.
- PHA sẽ tuân thủ thời hạn theo yêu cầu của HIPAA và/hoặc luật tiểu bang hiện hành, điều này có thể yêu cầu thời gian phản hồi nhanh hơn. Nếu chúng tôi không thể phản hồi trong khung thời gian yêu cầu, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị lời giải thích bằng văn bản cho sự chậm trễ. Yêu cầu này chỉ áp dụng cho hồ sơ do PHA lưu giữ. Nếu quý vị cần hồ sơ y tế từ nhà cung cấp dịch vụ, quý vị sẽ cần liên hệ trực tiếp với văn phòng của họ và gửi yêu cầu riêng.
- Quý vị có thể không truy cập được tất cả hồ sơ, ví dụ: một số hồ sơ được sử dụng trong các thủ tục pháp lý hoặc hành chính.
- Các cuộc gọi dịch vụ khách hàng được ghi âm cho mục đích đào tạo và nâng cao chất lượng. PHA không bắt buộc phải phiên âm hoặc chia sẻ bản ghi âm cuộc gọi.
- Kháng Cáo và Khiếu Nại: Quý vị có thể yêu cầu bản sao các tài liệu do PHA lập để phản hồi một kháng cáo hoặc khiếu nại. Hãy gọi cho Ban Dịch Vụ Khách Hàng theo số điện thoại trên thẻ ID PHA của quý vị.

Việc này sẽ khiến tôi phải chịu bao nhiêu chi phí?

- Hồ sơ của quý vị không mất phí.