

**/ MEMBER REQUEST FOR AMENDMENT TO RECORDS FORM**  
**طلب العضو لتعديل نموذج السجلات**

املاً هذا النموذج لطلب تعديل معلوماتك الصحية التي أنشأتها بروفيدنس هيلث أشورانس (PHA). وينطبق هذا الطلب فقط على السجلات التي أنشأتها بروفيدنس هيلث أشورانس. ولا يمكن لبروفيدنس هيلث أشورانس تعديل السجلات التي أنشأتها كيانات أخرى، مثل مكتب مقدم الخدمة أو المستشفى. وبالنسبة لتلك الطلبات، يُرجى الاتصال بمقدم الخدمة مباشرة. يُرجى استخدام بطاقة هوية العضو (ID) لمساعدتك في استكمال المعلومات في الجزء أ.



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

الأحرف الأولى من الاسم الأوسط / Middle Initial	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 / 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: TELL US WHAT INFORMATION YOU WOULD LIKE TO AMEND**  
**أخبرنا بالمعلومات التي ترغب في تعديلها**

/ Describe the information you believe is incorrect  
 صف المعلومات التي تعتقد أنها غير صحيحة:

---



---



---

/ Date(s) of service related to request  
 تاريخ (تواريخ) الخدمة المتعلقة بالطلب:

---

**PART C: INDICATE WHERE TO SEND YOUR AMENDED RECORD(S) IF YOUR REQUEST FOR AMENDMENT IS APPROVED**  
الموافقة على طلب التعديل / جزء ج: حدد وجهة إرسال سجلاتك المعدلة إذا تمت

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

Paper copy to the address below / نسخة ورقية إلى العنوان التالي:

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 (مشفّر) 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 / 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 D: MEMBER SIGNATURE AND DATE (Sign your name and write the date below)**  
الجزء د: توقيع العضو والتاريخ (وقّع باسمك وكتب التاريخ أدناه)

Date / التاريخ

Member's Signature / توقيع العضو

Date / التاريخ

Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature / توقيع الممثل القانوني/الوصي المعين من قبل العضو

Relationship to Member / العلاقة بالعضو:  Parent of a Minor / والد/والدة القاصر  Legal Guardian / الوصي القانوني \*  Power of Attorney / \*توكيل رسمي

\*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 هـ: أعد النموذج المكتمل إلى بروفيدنس هيلث أشورانس

العنوان البريدي:	الفاكس:	البريد الإلكتروني:
Providence Health Assurance PO Box 4327 Portland, Oregon 97208-4327	503-574-8608	phprivacyprogram@providence.org

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.



### ماذا يعني حقي في تعديل معلوماتي الصحية؟

تتمتع أنت أو ممثلك الشخصي بالحق في طلب تعديل معلوماتك الصحية المحمية التي تحتفظ بها بروفيدنس هيلث أشورانس في مجموعة سجلات محددة (DRS)، وفقًا لقانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996.

### ما الذي أحتاج إلى فهمه لاستخدام هذا الحق؟

- لا يمكن لبروفيدنس هيلث أشورانس تعديل السجلات التي أنشأها شخص آخر، مثل مقدم الخدمة الذي تتعامل معه، أو تغيير المعلومات التي تعتبر كاملة ودقيقة بطبيعتها.
- سترد بروفيدنس هيلث أشورانس على طلبك في غضون 60 يومًا. وإذا احتجنا إلى المزيد من الوقت، فسنخطر كتابيًا (ما يصل إلى 30 يومًا إضافيًا). إذا تم رفض طلبك، فسوف نوضح لك الأسباب وكيف يمكنك الرد كتابيًا إذا كنت لا توافق.
- إذا تمت الموافقة على طلبك، فسيتم إضافة تعديلك إلى سجلك.