

**MEMBER REQUEST FOR AMENDMENT TO RECORDS FORM / ФОРМА ЗАПРОСА
УЧАСТНИКА НА ВНЕСЕНИЕ ПОПРАВОК В ЗАПИСИ**

Заполните эту форму, чтобы запросить внесение поправок в Вашу медицинскую информацию, созданную администрацией программы Providence Health Assurance (РНА). Этот запрос применим только к записям, созданным РНА. РНА не может вносить изменения в записи, созданные другими организациями, такими как офис Вашего поставщика медицинских услуг или больница. По таким вопросам обращайтесь напрямую к своему поставщику 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: TELL US WHAT INFORMATION YOU WOULD LIKE TO AMEND / ЧАСТЬ В. СООБЩИТЕ НАМ, КАКУЮ ИНФОРМАЦИЮ ВЫ ХОТЕЛИ БЫ ИЗМЕНИТЬ

Describe the information you believe is incorrect /
Опишите информацию, которую Вы считаете
некорректной: _____

Date(s) of service related to request /
Дата оказания услуги, связанной
с запросом: _____

PART C: INDICATE WHERE TO SEND YOUR AMENDED RECORD(S) IF YOUR REQUEST FOR AMENDMENT IS APPROVED / ЧАСТЬ С. УКАЖИТЕ, КУДА СЛЕДУЕТ ОТПРАВИТЬ ИЗМЕНЕННЫЕ ЗАПИСИ, ЕСЛИ ВАШ ЗАПРОС НА ВНЕСЕНИЕ ПОПРАВК БУДЕТ ОДОБРЕН

Paper copy to the above mailing address in Part A / Бумажная копия на указанный выше в части А почтовый адрес

Paper copy to the address below / Бумажная копия на указанный ниже адрес:

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 D: MEMBER SIGNATURE AND DATE (Sign your name and write the date below) / ЧАСТЬ D. ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА (-ЦЫ) И ДАТА (распишитесь и проставьте дату ниже)

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 E. ОТПРАВКА ЗАПОЛНЕННОЙ ФОРМЫ В РНА

Почтовый адрес:	Факс:	Адрес электронной почты:
Providence Health Assurance PO Box 4327 Portland, Oregon 97208-4327	503-574-8608	phpprivacyprogram@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 мы не работаем по субботам и воскресеньям в период с 1 апреля по 30 сентября.



Что подразумевает мое право на внесение поправок в мою медицинскую информацию?

Вы или Ваш личный представитель имеете право отправить запрос на внесение поправок в Вашу защищенную медицинскую информацию, которая ведется РНА 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.

Что нужно знать, чтобы воспользоваться этим правом?

- Администрация программы РНА не может вносить изменения в записи, созданные кем-то другим, например Вашим поставщиком медицинских услуг, или изменять информацию, которая является полной и точной «как есть».
- Администрация программы РНА отреагирует на Ваш запрос в течение 60 дней. Если потребуется больше времени (еще до 30 дней), мы сообщим Вам об этом в письменной форме. В случае отклонения Вашего запроса мы объясним причину отказа, и Вы сможете ответить в письменной форме, если не согласны с нашим решением.
- Если Ваш запрос будет одобрен, изменение будет внесено в Вашу документацию.