

MEMBER REQUEST FOR AMENDMENT TO RECORDS FORM / MẪU ĐƠN YÊU CẦU SỬA ĐỔI HỒ SƠ CỦA HỘI VIÊN

Vui lòng hoàn thành mẫu đơn này để yêu cầu sửa đổi thông tin sức khỏe của quý vị do Providence Health Assurance (PHA) lập. Yêu cầu này chỉ áp dụng cho các hồ sơ do PHA lập. PHA không thể sửa đổi hồ sơ do các bên khác lập, chẳng hạn như văn phòng hoặc bệnh viện của nhà cung cấp dịch vụ của quý vị. Đối với các yêu cầu đó, vui lòng liên hệ trực tiếp với nhà cung cấp dịch vụ 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: TELL US WHAT INFORMATION YOU WOULD LIKE TO AMEND / PHẦN B: VUI LÒNG CHO CHÚNG TÔI BIẾT THÔNG TIN QUÝ VỊ MUỐN SỬA ĐỔI
Describe the information you believe is incorrect / Mô tả thông tin quý vị cho là không đúng: _____
Date(s) of service related to request / (Các) Ngày cung cấp dịch vụ liên quan đến yêu cầu: _____

PART C: INDICATE WHERE TO SEND YOUR AMENDED RECORD(S) IF YOUR REQUEST FOR AMENDMENT IS APPROVED / PHẦN C: VUI LÒNG CHO BIẾT ĐỊA ĐIỂM GỬI HỒ SƠ ĐÃ SỬA ĐỔI NẾU YÊU CẦU SỬA ĐỔI CỦA QUÝ VỊ ĐƯỢC PHÉ DUYỆT SI SE APRUEBA SU SOLICITUD DE MODIFICACIÓN

Paper copy to the above mailing address in Part A / Bản cứng gửi đến địa chỉ gửi thư nêu trên trong Phần A

Paper copy to the address below / Bản cứng gửi đến địa chỉ 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 D: MEMBER SIGNATURE AND DATE (Sign your name and write the date below) / PHẦN D: CHỮ KÝ CỦA HỘI VIÊN VÀ NGÀY (Ký tên và ghi ngày bên dưới)

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 E: GỬI LẠI MẪU ĐƠN ĐÃ HOÀN THÀNH CHO PHA

Đường Bưu Điện:	Fax:	Email:
Providence Health Assurance PO Box 4327 Portland, Oregon 97208-4327	503-574-8608	phpprivacyprogram@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.



Quyền sửa đổi của tôi đối với thông tin sức khỏe của tôi có nghĩa là gì?

Quý vị hoặc người đại diện cá nhân của quý vị có quyền yêu cầu sửa đổi thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị do PHA lưu giữ trong 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 năm 1996.

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

- PHA không thể sửa đổi hồ sơ do bên khác lập, chẳng hạn như nhà cung cấp dịch vụ của quý vị, hoặc thay đổi thông tin đã đầy đủ và chính xác nguyên trạng.
- PHA sẽ phản hồi yêu cầu của quý vị trong vòng 60 ngày. Nếu cần thêm thời gian, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản (thêm tối đa 30 ngày). Nếu yêu cầu của quý vị bị từ chối, chúng tôi sẽ giải thích lý do và cách quý vị có thể phản hồi bằng văn bản nếu quý vị không đồng ý
- Nếu yêu cầu của quý vị được chấp thuận, thông tin sửa đổi của quý vị sẽ được thêm vào hồ sơ của quý vị.