

نموذج طلب تقييد الوصول إلى سجلات الأعضاء / MEMBER RESTRICTION TO RECORDS FORM

املأ هذا النموذج لطلب تقييد استخدامات وإصلاحات معلوماتك الصحية. يُرجى استخدام بطاقة هوية عضو بروفيدنس هيلث أشورانس (PHA) لمساعدتك في إكمال المعلومات في الجزء أ.

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

الاسم الأوسط / Middle Initial الأحرف الأولى من الاسم الأوسط	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 (see your ID card) / 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 RESTRICT الجزء ب: أخبرنا بالمعلومات التي ترغب في تقييدها

/ (Skip to Signature Section D)
(انتقل إلى قسم التوقيع د)

/ Revoke an existing restriction
إلغاء تقييد موجود:

/ Date of Revocation
/ تاريخ الإلغاء

Limit what PHA shares with others involved in your care or payment, or limit information about your location, condition or death. يمكنك تقييد ما تشاركه بروفيدنس هيلث أشورانس مع الآخرين المشاركين في رعايتك أو مدفوعاتك، أو تقييد المعلومات المتعلقة بموقعك أو حالتك أو وفاتك.

يُرجى إدراج / Please list the person(s) below and describe what information should be restricted
الشخص (الأشخاص) أدناه ووصف المعلومات التي يجب تقييدها:

الاسم / Name

العلاقة بك / Relationship to You

تحديد التقيد / Specify Restriction

الجزء د: توقيع العضو والتاريخ / PART D: MEMBER SIGNATURE AND DATE

I understand that PHA does not have to agree to my requested restriction(s). I understand that this request will be reviewed and I will be informed if this request is accepted. بروفيدينس هيلث أشورانس ليست ملزمة بالموافقة على القيد التي طلبها. وأدرك أن هذا الطلب سيُخضع للمراجعة وسيتم إخطاري إذا تم قبوله.

/التاريخ / Date

/توقيع العضو / Member's Signature

/التاريخ / Date

/Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature

توقيع الممثل القانوني/الوصي المعين من قبل العضو

/العلاقة بالعضو / Relationship to Member
Parent of a Minor والد/والدة الفاصل
* الوصي القانوني *Power of Attorney *Legal Guardian

*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 بروفيدينس هيلث أشورانس

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

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى التواصل مع Providence Medicare Advantage Plans على الرقم 503-800-603-2340 أو 1-800-234-711. ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711. نعمل سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً. (بتوقيت المحيط الهادئ). ولا نعمل في أيام السبت والأحد خلال الفترة من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

❖ ❖ ❖ ❖ ❖ ❖

ماذا يعني حق في تقييد معلوماتي الصحية؟

تتمتع أنت أو ممتلك الشخصي بالحق في طلب تقييد استخدامات وإفصاحات معلوماتك الصحية المحمية التي تحفظ بها بروفيدنس هيلث أشورانس. يُسمح لك فقط بطلب تقييد الاستخدامات أو الإفصاحات المتعلقة بالعلاج أو المدفوعات أو عمليات الرعاية الصحية؛ ولا يمكن لبروفيدنس هيلث أشورانس تغيير أي استخدامات أو إفصاحات أخرى مطلوبة بموجب القانون. تدرك Providence Health Plan أهمية الحفاظ على سرية معلوماتك الصحية. ونستخدم ونشارك فقط المعلومات الضرورية لتقديم الخدمات لك وفقاً لما يسمح به القانون ويقتضيه.

ما الذي أحتاج إلى فهمه لاستخدام هذا الحق؟

- سترد بروفيدنس هيلث أشورانس على طلبك في غضون 30 يوماً. وإذا احتجنا إلى المزيد من الوقت (ما يصل إلى 30 يوماً إضافياً)، فسوف نخطرك بذلك كتابياً.
- يمكنك أن تطلب منا عدم استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها لأغراض معينة، مثل العلاج أو المدفوعات أو عمليات الرعاية الصحية. وفي معظم الحالات، لسنا ملزمين بالموافقة على طلبك. ومع ذلك، إذا طلبت منا عدم مشاركة المعلومات مع خطة التأمين الصحي الخاصة بك لأغراض المدفوعات أو العمليات، ودفعت تكاليف تلك الخدمة المحددة بالكامل من جيبك الخاص، فيجب علينا الموافقة على طلبك.
- سخبرك كتابياً ما إذا كان بإمكاننا الموافقة على طلب التقييد الذي قدمته.
- إذا وافقنا على التقييد، فسيتم تطبيقه فقط على المعلومات التي تحفظ بها بروفيدنس هيلث أشورانس.
- إذا كنت ترغب في تقييد السجلات التي يحتفظ بها مقدم الخدمة الذي تتعامل معه، فيرجى الاتصال به مباشرة.
- لا يمكننا تطبيق قيود على المعلومات التي تمت مشاركتها بالفعل.
- إذا تمت الموافقة على طلبك، فسوف نخطرك كتابياً.
- إذا تم رفض طلبك، فسنوضح لك سبب الرفض وكيف يمكنك الرد كتابياً إذا كنت لا توافق على ذلك.
- يمكنك إلغاء التقييد في أي وقت عن طريق الاتصال بخدمة العملاء.
- في حالات الطوارئ، قد تشارك بروفيدنس هيلث أشورانس المعلومات اللازمة لتأكيد أهليتك أو تنسيق رعايتك.