

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

املأ هذا النموذج لطلب تقييد استخدامات وإفصاحات 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 الأخير / Member Last Name للعضو                  | الاسم الأول / Member First Name للعضو  | الأحرف الأولى من الاسم الأوسط / Middle Initial                    |
|--|--|---|
|  |  |   |
| تاريخ ميلاد العضو / Member Date of Birth               | رقم معرف العضو (راجع بطاقة هوية العضو) / Member Identification Number (see your ID card) | رقم المجموعة (راجع بطاقة هويتك) / Group Number (see your ID card) |
|  |  |   |
| عنوان منزل/شارع سكن العضو / Member Home/Street Address | المدينة والولاية والرمز البريدي / City, State, and Zip Code                              | الهاتف المفضل / Preferred Phone Number                            |
|  |  |   |

### / PART B: TELL US WHAT INFORMATION YOU WOULD LIKE TO RESTRICT الجزء ب: أخبرنا بالمعلومات التي ترغب في تقييدها

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> / (Skip to Signature Section D)<br>(انتقل إلى قسم التوقيع د)   | <input type="checkbox"/> / Revoke an existing restriction<br>إلغاء تقييد موجود:<br>تاريخ الإلغاء / Date of Revocation |
| <input type="checkbox"/> Limit what PHA shares with others involved in your care or payment, or limit information about your location, condition or death.<br>يمكنك تقييد ما تشاركه بروفيدنس هيلث أشورانس مع الآخرين المشاركين في رعايتك أو مدفوعاتك، أو تقييد المعلومات المتعلقة بموقعك أو حالتك أو وفاتك. |   |
| Please list the person(s) below and describe what information should be restricted<br>الرجاء إدراج الشخص (الأشخاص) أدناه ووصف المعلومات التي يجب تقييدها:   |   |

|       |                                     |
|-------|-------------------------------------|
| _____ | Name / الاسم:                       |
| _____ | Relationship to You / العلاقة بك:   |
| _____ | Specify Restriction / تحديد التقيد: |

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

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

\_\_\_\_\_ /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 /وصي 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.*  
 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<br>PO Box 4327<br>Portland, Oregon 97208-4327 | 503-574-8608 | phpprivacyprogram@providence.org |

إذا كانت لديك أي أسئلة، يُرجى التواصل مع 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 تقييد معلوماتي الصحية؟

تتمتع أنت أو ممثلك الشخصي بالحق في طلب تقييد استخدامات وإفصاحات معلوماتك الصحية المحمية التي تحتفظ 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 وفقًا لما يسمح به القانون ويقتضيه.

## ما الذي أحتاج إلى فهمه لاستخدام هذا الحق؟

- سترد بروفيدنس هيلث أشورانس على طلبك في غضون 30 يومًا. وإذا احتجنا إلى المزيد من الوقت (ما يصل إلى 30 يومًا إضافيًا)، فسوف نخطر بك بذلك كتابيًا.
- يمكنك أن تطلب منّا 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 منّا 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.
- سنخبرك كتابيًا ما إذا كان بإمكاننا الموافقة على طلب التقييد الذي قدمته.
- إذا وافقنا على التقييد، فسيتم تطبيقه فقط على المعلومات التي تحتفظ بها بروفيدنس هيلث أشورانس.
- إذا كنت ترغب في تقييد السجلات التي يحتفظ بها مقدم الخدمة الذي تتعامل معه، فيُرجى الاتصال به مباشرة.
- لا يمكننا تطبيق قيود على المعلومات التي تمت مشاركتها بالفعل.
- إذا تمت الموافقة على طلبك، فسوف نخطر بك كتابيًا.
- إذا تم رفض طلبك، فسنوضح لك سبب الرفض وكيف يمكنك الرد كتابيًا 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.