

MEMBER RESTRICTION TO RECORDS FORM / ФОРМА ОГРАНИЧЕНИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗАПИСЕЙ УЧАСТНИКА

Заполните эту форму, чтобы запросить ограничение использования и раскрытия Вашей медицинской информации. Для корректного заполнения информации в части А используйте свою идентификационную карту участника (ID-карту) Providence Health Assurance (PHA).

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 RESTRICT / ЧАСТЬ В. СООБЩИТЕ НАМ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАКОЙ ИНФОРМАЦИИ ВЫ ХОТЕЛИ БЫ ОГРАНИЧИТЬ

☐ Revoke an existing restriction /
Отзыв существующего
ограничения:

(Skip to Signature Section D) /
(Перейдите к подписанию
документа в разделе D)

Date of Revocation / Дата отзыва

- ☐ Limit what PHA shares with others involved in your care or payment, or limit information about your location, condition or death. / Ограничьте объем информации, которой РНА делится с другими лицами, участвующими в оказании Вам медицинской помощи или осуществлении выплат, или ограничьте объем информации о Вашем местонахождении, состоянии или смерти.

Please list the person(s) below and describe what information should be restricted / Пожалуйста, перечислите этих лиц ниже и опишите, использование какой информации должно быть ограничена:

Name / Имя и
фамилия: _____

Relationship to You /
Кем приходится
Вам: _____

Specify Restriction /
Укажите
ограничение: _____

PART D: MEMBER SIGNATURE AND DATE / ЧАСТЬ D. ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА (-ЦЫ) И ДАТА

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. / Я понимаю, что администрация программы РНА не обязана соглашаться на запрошенные мною ограничения. Я понимаю, что этот запрос будет рассмотрен, и мне сообщат, будет ли он одобрен.

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 Е. 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 8:00 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 ограничение доступа к моей медицинской информации?

Вы или Ваш личный представитель имеете право запросить ограничение на использование и раскрытие Вашей защищенной медицинской информации, которая ведется РНА. Вам разрешено запрашивать ограничение только на использование или раскрытие информации, касающейся лечения, оплаты или медицинских услуг; любые другие виды использования или раскрытия информации, требуемые законом, не могут быть изменены РНА. Администрация программы Providence Health Plan понимает важность сохранения конфиденциальности Вашей медицинской информации. Мы используем и передаем только ту информацию, которая необходима для предоставления услуг Вам, а также в соответствии с разрешением и требованиями закона.

Что нужно знать, чтобы воспользоваться этим правом?

- Администрация программы РНА отреагирует на Ваш запрос в течение 30 дней. Если потребуется больше времени (еще до 30 дней), мы сообщим Вам об этом в письменной форме.
- Вы можете попросить нас не использовать и не передавать Вашу медицинскую информацию для определенных целей, таких как лечение, оплата или оказание медицинских услуг. В большинстве случаев мы не обязаны удовлетворять Ваш запрос. Однако если Вы просите нас не передавать информацию, касающуюся оплаты или другой деятельности, компании, предоставившей Вам план медицинского страхования, а Вы полностью оплатили эту конкретную услугу из собственных средств, мы обязаны удовлетворить Ваш запрос.
- Мы сообщим Вам в письменной форме, можем ли мы удовлетворить Ваш запрос об ограничении.
- Если мы согласимся на ограничение, оно будет применяться только к информации, хранящейся в РНА.
- Если Вы хотите ограничить доступ к записям, хранящимся у Вашего поставщика медицинских услуг, свяжитесь с ним напрямую.
- Мы не можем применять ограничения к информации, которая уже была передана.
- Если Ваш запрос будет одобрен, мы уведомим Вас 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.

- Вы можете отменить ограничение в любое время, обратившись в отдел обслуживания клиентов.
- В экстренных случаях РНА может предоставить информацию, необходимую для подтверждения Вашего права на получение медицинской помощи или координации Вашего лечения.