

MEMBER RESTRICTION TO RECORDS FORM / MẪU ĐƠN HẠN CHẾ HỒ SƠ CỦA HỘI VIÊN

Vui lòng điền vào mẫu đơn này để yêu cầu hạn chế việc sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị. Vui lòng sử dụng thẻ định danh hội viên (member identification, ID) Providence Health Assurance (PHA) của quý vị để hoàn thành thông tin trong Phần A.

PART A: MEMBER INFORMATION <i>(Provide your name and personal information)</i> / PHẦN A: THÔNG TIN HỘI VIÊN <i>(Cung cấp tên và thông tin cá nhân của quý vị)</i>		
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 RESTRICT / PHẦN B: CHO CHÚNG TÔI BIẾT THÔNG TIN QUÝ VỊ MUỐN HẠN CHẾ

☐ Revoke an existing restriction / Hủy bỏ hạn chế hiện có:	(Skip to Signature Section D) / (Chuyển đến Phần D Chữ Ký)
Date of Revocation / Ngày Hủy Bỏ	
☐ Limit what PHA shares with others involved in your care or payment, or limit information about your location, condition or death. / Giới hạn những gì PHA chia sẻ với những người khác liên quan đến việc chăm sóc hoặc thanh toán của quý vị, hoặc giới hạn thông tin về địa điểm, tình trạng hoặc trường hợp tử vong của quý vị.	

Please list the person(s) below and describe what information should be restricted / Vui lòng liệt kê (những) người bên dưới và mô tả những thông tin cần hạn chế:

Name / Tên: _____

Relationship to You /
Mối Quan Hệ với
Quý Vị: _____

Specify Restriction /
Nêu Rõ Hạn Chế: _____

PART D: MEMBER SIGNATURE AND DATE / PHẦN D: CHỮ KÝ CỦA HỘI VIÊN VÀ NGÀY

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. / Tôi hiểu rằng PHA không nhất thiết phải đồng ý với (các) hạn chế mà tôi yêu cầu. Tôi hiểu rằng yêu cầu này sẽ được xem xét và tôi sẽ được thông báo nếu yêu cầu này được chấp nhận.

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 Chương Trình 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 giới hạn truy cập 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 hạn chế việc sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị do PHA lưu giữ. Quý vị chỉ được yêu cầu hạn chế việc sử dụng hoặc tiết lộ liên quan đến việc điều trị, thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe; bất kỳ việc sử dụng hoặc tiết lộ nào khác theo yêu cầu của pháp luật đều không thể bị PHA thay đổi. Providence Health Plan hiểu tầm quan trọng của việc bảo mật thông tin sức khỏe của quý vị. Chúng tôi chỉ sử dụng và chia sẻ thông tin cần thiết để cung cấp dịch vụ cho quý vị theo sự cho phép và yêu cầu của pháp luật.

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

- PHA sẽ phản hồi yêu cầu của quý vị trong vòng 30 ngày. Nếu cần thêm thời gian (thêm tối đa 30 ngày), chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi không sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị cho một số mục đích nhất định, chẳng hạn như điều trị, thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe. Trong hầu hết các trường hợp, chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu của quý vị. Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu chúng tôi không chia sẻ thông tin với chương trình bảo hiểm y tế của quý vị cho mục đích thanh toán hoặc hoạt động và quý vị đã tự chi trả toàn bộ chi phí cho dịch vụ cụ thể đó, chúng tôi phải đồng ý với yêu cầu của quý vị.
- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản về việc liệu chúng tôi có thể đồng ý với yêu cầu hạn chế của quý vị hay không.
- Nếu chúng tôi đồng ý với một hạn chế, hạn chế đó sẽ chỉ áp dụng cho thông tin do PHA lưu giữ.
- Nếu quý vị muốn hạn chế hồ sơ do nhà cung cấp dịch vụ của quý vị nắm giữ, vui lòng liên hệ trực tiếp với họ.
- Chúng tôi không thể áp dụng hạn chế đối với thông tin đã được chia sẻ.
- Nếu yêu cầu của quý vị được phê duyệt, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản.
- 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.
- Quý vị có thể hủy bỏ hạn chế bất cứ lúc nào bằng cách liên hệ với Ban Dịch Vụ Khách Hàng.
- Trong trường hợp khẩn cấp, PHA có thể chia sẻ thông tin cần thiết để xác nhận quý vị đủ điều kiện hoặc sắp xếp dịch vụ chăm sóc cho quý vị.