

Thông tin về Yêu cầu Bổ sung Thông tin Sức khỏe được Bảo vệ của Quý vị (PHI)

Quyền bổ sung PHI có nghĩa là gì?

Quý vị hoặc người đại diện cá nhân của quý vị có quyền yêu cầu sửa đổi thông tin y tế được bảo vệ (PHI) trong bộ hồ sơ được Chương trình Providence Medicare Advantage lưu trữ.

Tôi cần phải tìm hiểu gì để sử dụng quyền này?

- Chương trình Providence Medicare Advantage có thể không thay đổi nếu không bắt nguồn từ chương trình sức khỏe.
- Chương trình Providence Medicare Advantage không được phép thay đổi tài liệu gốc trong hồ sơ của quý vị. Yêu cầu sửa đổi của quý vị và bất cứ hành động nào có thể thực hiện yêu cầu này, sẽ trở thành một phần vĩnh viễn trong hồ sơ của quý vị, và sẽ được ghi lại với bất kỳ thông tin nào được ủy quyền tiết lộ trong tương lai.
- Nếu yêu cầu được chấp nhận, Chương trình Providence Medicare Advantage sẽ thông báo cho Hiệp hội Kinh doanh có tất cả PHI của quý vị cần được sửa và có thể trông chờ vào.
- Nếu được chấp nhận hoặc từ chối Chương trình Providence Medicare Advantage sẽ cung cấp phản hồi bằng văn bản trong vòng 60 ngày hoặc quý vị sẽ được thông báo bằng văn bản về nhu cầu kéo dài không hơn ba mươi ngày bổ sung để xử lý yêu cầu.
- Nếu bị từ chối, Chương trình Providence Medicare Advantage sẽ giải thích lý do cho việc từ chối có thể gồm:
 - Tờ PHI không được tạo bởi Chương trình Providence Medicare Advantage và người tạo ra PHI vẫn sẵn sàng thực hiện theo yêu cầu của quý vị.
 - Những thông tin yêu cầu không nằm trong bộ hồ sơ đã được chỉ định
 - Trong yêu cầu có ghi chú hay thông tin trị liệu tâm lý mà Chương trình Providence Medicare Advantage đã biên soạn để đề phòng hoặc được sử dụng trong hoạt động dân sự, hình sự, hay thủ tục hành chính.
 - PHI hoặc hồ sơ chính xác và đầy đủ.
- Nếu bị từ chối, quý vị có quyền gửi một bản tuyên bố không đồng ý bằng văn bản, nêu rõ cơ bản của việc đó.
- Yêu cầu sửa đổi hồ sơ y tế của quý vị nên được gửi trực tiếp tới nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế.

Tôi yêu cầu sửa đổi PHI của mình bằng cách nào?

Kèm theo là Thông tin Y tế được Bảo vệ của Thành viên Yêu cầu Sửa đổi (PHI). Vui lòng điền vào toàn bộ mẫu đơn, ký tên và gửi lại cho Chương Trình Providence Medicare Advantage. Quý vị có thể gửi mẫu đơn Thành viên Yêu cầu Sửa đổi cho Chương Trình Providence Medicare Advantage tại:

Providence Medicare Advantage Plans
Attn: Dịch vụ Khách hàng
PO Box 5548
Portland Oregon 97228-5548

Quý vị có thể gửi mẫu đơn Thành viên Yêu cầu Kết nối qua fax theo số 503-574-8608 hoặc quý vị có thể đích thân nộp mẫu đơn (nếu gửi qua đường bưu điện, chỉ sử dụng địa chỉ hòm thư bưu điện được liệt kê ở trên) đến địa chỉ sau:

Providence Medicare Advantage Plans
3601 SW Murray Blvd. #10
Beaverton Oregon 97005-2359

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc hoặc quan ngại nào khác, quý vị có thể liên hệ với Nhóm Dịch Vụ Khách Hàng của Chương Trình Providence Medicare Advantage theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340. Nếu quý vị bị khiếm thính và sử dụng một Thiết Bị Điện Thoại Văn Bản (TTY), vui lòng gọi cho đường dây TTY của chúng tôi theo số 711. Bộ phận hỗ trợ Dịch Vụ Khách Hàng luôn sẵn sàng giải đáp các thắc mắc, bảy ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (Giờ Thái Bình Dương).

Cảm ơn quý vị,

Providence Medicare Advantage Plans

Đính kèm

Member Request to Amend Protected Health Information (PHI)
Thông tin Sức khỏe được Bảo vệ của Thành viên Yêu cầu Sửa đổi (PHI)

Use this form to request an amendment of your PHI in the Designated Record Set that Providence Medicare Advantage Plans or one of its Business Associates maintains. If you need assistance completing the form, please contact the Providence Medicare Advantage Plans Customer Service number listed on your member identification card. You must complete all the fields on this form.

Sử dụng mẫu đơn này để yêu cầu sửa đổi PHI của quý vị trong Bộ Hồ sơ được Chỉ định mà Chương trình Providence Medicare Advantage hoặc Hiệp hội Kinh doanh của chương trình lưu giữ. Nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thành mẫu đơn, vui lòng liên hệ số điện thoại Dịch vụ Khách hàng của Chương trình Providence Medicare Advantage được liệt kê trong thẻ nhận dạng thành viên của quý vị. Quý vị phải hoàn thành tất cả các trường trong mẫu đơn này.

MEMBER INFORMATION THÔNG TIN THÀNH VIÊN		
Member Last Name Họ của Thành viên	Member First Name Tên của Thành viên	Middle Initial Chữ cái đầu Tên đệm
Member Date of Birth Ngày sinh của Thành viên	Member Identification Number (See your member ID card) Số Nhận dạng của Thành viên (Xem thẻ ID thành viên của quý vị)	Group Number (See your member ID card) Mã số Nhóm (Xem thẻ ID hội viên của quý vị)
Member Street Address Địa chỉ Đường phố của Thành viên	City and State Địa chỉ Đường phố của Thành viên	ZIP Code Mã ZIP

Describe the PHI or document you would like to have amended:
 Mô tả PHI hoặc tài liệu quý vị muốn sửa:

I request the following correction/amendment be made to the following document or information:
 Tôi yêu cầu sửa đổi theo như sau đối với tài liệu hoặc thông tin sau:

Date(s) of services associated with the PHI or document you would like to amend:
 (Các) Ngày dịch vụ được liên kết với PHI hay tài liệu quý vị muốn sửa:

Please send a copy of the corrected/amended documents to the company or individual(s) listed below:

Gửi một bản sao những tài liệu đã sửa đổi cho công ty hay (các) cá nhân dưới đây:

Person/Company/Cá nhân/Công ty:

Name/Tên:

Address/Địa chỉ:

City/Thành phố:

State/Tiểu bang:

Zip:

MEMBER SIGNATURE AND DATE

CHỮ KÝ THÀNH VIÊN VÀ NGÀY

By/Bởi: _____
(Chữ ký của Thành viên)

Date/Ngày:

- OR -

- HOẶC -

By/Bởi: _____
(Chữ ký của Người đại diện/Người giám hộ Hợp pháp được Chỉ định của Hội viên)

Date/Ngày:

(Member's Designated
Legal

Parent
Phụ

Legal guardian*
Phụ huynh

Holder of Power of Attorney*
Người giám hộ hợp pháp*

***If this form is signed by someone other than the member or Parent, please attach legal documentation if you are the legal guardian or Holder of Power of Attorney.**

***Nếu mẫu đơn này được ký bởi người nào đó không phải là hội viên hoặc Phụ huynh, vui lòng đính kèm tài liệu pháp lý nếu quý vị là người giám hộ hợp pháp hoặc Người Nắm giữ Giấy ủy quyền.**

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-603-2340 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-603-2340 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-603-2340 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-603-2340 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-603-2340 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-603-2340 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-603-2340 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-603-2340 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-603-2340 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-603-2340 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-603-2340 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。