

Информация о вашем запросе на доступ к защищенной медицинской информации (PHI)

Что подразумевает мое право на доступ к медицинской информации?

Вы или ваш личный представитель имеете право проверить и просмотреть информацию, хранящуюся в компании Providence Medicare Advantage Plans в designated record set (DRS, индивидуальный набор данных), или получить копию такой информации в соответствии с законом Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, Закон о переносимости и подотчетности медицинского страхования) от 1996 года. Индивидуальный набор данных — это группа записей, которые ведутся и используются вашим планом или для него, в том числе некоторые записи, используемые для принятия решений о вас как об участнике плана. DRS может содержать записи, относящиеся к регистрации, страховым требованиям, рассмотрению случаев, медицинскому обслуживанию или управлению обслуживанием.

Что нужно знать, чтобы воспользоваться этим правом?

- Право доступа к вашим записям может быть ограничено законом, например, в отношении медицинской информации, на которую не распространяется право доступа к информации в соответствии с законом HIPAA.
- У вас нет права на доступ к Protected Health Information (PHI, защищенная медицинская информация), которая не является частью индивидуального набора данных.
- Вы можете не иметь права на получение всей вашей информации PHI. Например, вы не будете получать такую информацию, как записи психотерапевта или сведения, собранные для использования в гражданском, уголовном или административном деле или разбирательстве или в обоснованном ожидании таковых.
- Запись разговоров ведется только в целях повышения качества и обучения. Компания Providence Medicare Advantage Plans не обязана расшифровывать или производить запись разговора.
- Компания Providence Medicare Advantage Plans предпримет разумные усилия, чтобы предоставить указанный набор записей в запрошенном вами формате. Однако если специалисты Providence Medicare Advantage Plans не могут предоставить записи в запрашиваемом формате, будет предложена взаимоприемлемая альтернатива.
- **Этот запрос касается доступа к вашим записям в компании Providence Medicare Advantage Plans. Если вам нужен доступ к вашим медицинским или клиническим документам либо документации поставщика услуг, вам необходимо связаться с офисом поставщика услуг и направить отдельный запрос на получение записей.**
- **Апелляции и жалобы.** Вы можете бесплатно запросить копию документации, собранной/созданной компанией Providence Medicare Advantage Plans для ответа на апелляцию или жалобу, позвонив в отдел обслуживания клиентов по бесплатному номеру, указанному на вашей ID-карте участника плана HealthCare компании Providence Medicare Advantage Plans .
- Если вы запрашиваете доступ к информации для несовершеннолетнего, федеральное законодательство и законодательство штата могут запрещать компании Providence Medicare Advantage Plans выполнять любой запрос на получение сведений, касающихся конфиденциальных услуг, без получения письменного разрешения от несовершеннолетнего участника.

Сколько это будет стоить?

- Записи предоставляются бесплатно.

Как я узнаю, что мой запрос обработан?

Компания Providence Medicare Advantage Plans обязуется оперативно реагировать на запросы участников. Компания Providence Medicare Advantage Plans придерживается действующих федеральных законов и законов штата, которые могут потребовать более оперативного реагирования. Если по какой-либо причине мы не можем ответить в стандартные сроки, мы предоставим письменное объяснение причины задержки. Обратите внимание, что в некоторых ситуациях ваш запрос может быть отклонен. Если это произойдет, мы сообщим вам об этом в письменном виде и проинформируем вас о том, как вы можете обжаловать наше решение.

Куда отправить запрос на доступ к данным?

Заполните и подпишите прилагаемую форму Member Request to Access Protected Health Information (PHI) Form (Форма запроса участника на доступ к защищенной медицинской информации) и отправьте ее в компанию Providence Medicare Advantage Plans по адресу:

Почтовый адрес:	Факс:	Личная доставка:
Providence Medicare Advantage Plans Кому: Отдел обслуживания клиентов PO Box 5548 Portland Oregon 97228-5548	503-574-8608	Providence Medicare Advantage Plans 3601 SW Murray Boulevard Beaverton, Oregon, 97005 <i>Используйте главный вход на SW Murray Boulevard</i>

Если у вас возникнут другие вопросы или какие-либо сомнения, обратитесь в отдел обслуживания клиентов компании Providence Medicare Advantage Plans, позвонив по номеру 503-574-8000 или 1-800-603-2340.

Если у вас нарушен слух и вы пользуетесь телетайпом, позвоните на нашу линию телетайпа по номеру 711. Операторы службы поддержки доступны без выходных и готовы ответить на ваши вопросы с 08:00 до 20:00. (тихоокеанский часовой пояс).

С уважением,

Providence Medicare Advantage Plans

Вложение (форма). Запрос на доступ к защищенной медицинской информации (PHI)

Member Request to Access Protected Health Information (PHI) Запрос на доступ к защищенной медицинской информации (PHI)

Use this form to request a copy of your PHI in a 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. Please complete all the fields on this form.

Используйте эту форму, чтобы запросить копию вашей информации PHI в индивидуальном наборе данных, который ведет компания Providence Medicare Advantage Plans или один из ее деловых партнеров. Если вам нужна помощь в заполнении формы, обратитесь в отдел обслуживания клиентов компании Providence Medicare Advantage Plans по номеру, указанному на вашей идентификационной карте участника. Заполните все поля этой формы.

PART A: MEMBER INFORMATION		
ЧАСТЬ А. ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ		
Member Last Name Фамилия участника	Member First Name Имя участника	Middle Initial Инициал второго имени
Member Date of Birth Дата рождения участника	Member ID Number <i>(See your member ID card)</i> Идентификационный номер участника <i>(указан на вашей ID-карте участника)</i>	Group Number <i>(See your member ID card)</i> Номер группы <i>(указан на вашей ID-карте участника)</i>
Member Street Address Адрес участника с указанием улицы и номера дома	City and State Город и штат	ZIP Code Почтовый индекс

PART B: DELIVERY OF THE REQUESTED INFORMATION
ЧАСТЬ В: ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЗАПРАШИВАЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ

I request to review protected health information (PHI) about me in a designated record set held by Providence Medicare Advantage Plans. By checking the appropriate box below, I am indicating who should receive my information.

Я прошу предоставить мне возможность ознакомиться с защищенной медицинской информацией (PHI) обо мне, содержащейся в индивидуальном наборе данных, который хранится компанией Providence Medicare Advantage Plans. Отмечая соответствующее поле ниже, я указываю, кто должен получать мою информацию.

(select only one)/(выберите один вариант)

- Me at the address listed above/Личное получение по адресу, указанному выше
- Electronic or in-person pick-up, as indicated in Part C/Электронное или личное получение, как указано в части C
- Send my PHI to the designated third party:/Отправка моей информации PHI уполномоченному третьему лицу:

Name Имя	Address Адрес	
City and State Город и штат	Zip Code Почтовый индекс	Phone Number Номер телефона

PART C: FORMAT/MANNER OF THE REQUESTED INFORMATION

ЧАСТЬ С: ФОРМАТ/СПОСОБ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ЗАПРАШИВАЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ

By checking the appropriate box below, I am indicating the format/manner I wish to receive/review my information. (Warning: Some level of risk may be associated with sending your PHI via unencrypted email or by mail, as your records could be accessed and read by an unauthorized third party.)

Отмечая соответствующее поле ниже, я указываю, в каком формате/каким способом я хочу получать/просматривать мою информацию. (Предупреждение. Отправка вашей информации PHI по незашифрованной электронной почте или по почтовому адресу может быть связана с определенным риском, так как ваши записи могут быть доступны неуполномоченным третьим лицам и они могут их прочитать.)

(select only one)/(выберите один вариант)

- Send paper copies of my records via US certified mail./Отправьте бумажные копии моих записей сертифицированной почтой США.
- Send electronic copy of my records via email. *Note: Information will be sent via secure (encrypted) email unless otherwise specified.*/Отправьте электронную копию моих записей по электронной почте. *Примечание. Информация будет отправлена по защищенной (зашифрованной) электронной почте, если не указано иное.*

Email address/Электронная почта.: _____

Initial if you wish email sent unencrypted/Поставьте инициалы в этом поле, если хотите, чтобы электронные письма отправлялись в незашифрованном виде. _____

- I want to pick up my records in person during regular business hours at the Providence Medicare Advantage Plans Beaverton office. I understand that I (or my personal representative) will be contacted to make arrangements./Я хочу лично забрать свои записи в обычные рабочие часы в офисе Beaverton компании Providence Medicare Advantage Plans. Я понимаю, что со мной (или моим личным представителем) свяжутся, чтобы договориться о встрече.
- I want to view my records in person. I understand that I (or my personal representative) will be contacted to make arrangements./Я хочу лично ознакомиться с моими записями. Я понимаю, что со мной (или моим личным представителем) свяжутся, чтобы договориться о встрече.

PART D: DETAILS OF PHI REQUEST

ЧАСТЬ D: ПОДРОБНОСТИ ЗАПРОСА ИНФОРМАЦИИ PHI

I am requesting the protected health information (PHI) contained in the following records. (Please check the specific items you are requesting.)

Я запрашиваю защищенную медицинскую информацию (PHI), содержащуюся в следующих записях. (Отметьте, какие именно пункты вы запрашиваете.)

Enrollment & Eligibility Information/Информация о регистрации и требованиях к участникам

Date(s) of Enrollment/Дата регистрации: _____

Details of Request/Детали запроса: _____

Claims Information, including Pharmacy (Summary of claims paid or denied)/Информация о заявках, в том числе об аптеке (краткая информация о выплаченных или отклоненных заявках)

(This does not include information on claims received but not yet processed – if you would like the status of those claims you may call Customer Service at the toll-free number listed on your HealthCare ID card.)

(Сюда не входит информация о полученных, но еще не обработанных заявках. Если вы хотите узнать о статусе таких заявок, позвоните в отдел обслуживания клиентов по бесплатному номеру, указанному на вашей ID-карте участника плана HealthCare.)

Date(s) of Service/Дата оказания услуги: _____

Provider(s)/Поставщики услуг: _____

Details of Request/Детали запроса: _____

Case or Medical or Utilization Management Information (Prior Authorization)/Информация об обращении, медицинском обслуживании или управлении обслуживанием (предварительное разрешение)

Date(s) of Service/Дата оказания услуги: _____

Provider(s)/Поставщики услуг: _____

Details of Request/Детали запроса: _____

Customer Service Inquiry (CSI)/Запрос в отдел обслуживания клиентов (CSI)

Date(s) of Service/Дата оказания услуги: _____

Details of Request/Детали запроса: _____

Mental Health (Summary of claims paid or denied – Note: If you check this box, please initial mental health below)/Психическое здоровье (краткое описание оплаченных или отклоненных заявок. Примечание. Если вы отметили это поле, поставьте инициалы ниже возле пункта «Психическое здоровье».)

Date(s) of Service/Дата оказания услуги: _____

Provider(s)/Поставщики услуг: _____

Details of Request/Детали запроса: _____

I specifically authorize the release of the following sensitive information (if such are part of my record). I understand the following information will only be disclosed if I place my initials in the space next to the requested information. *I understand my alcohol/substance abuse records are protected under Federal and State confidentiality laws and regulations and cannot be disclosed without my written consent unless

otherwise provided for in the laws and regulations.

Настоящим я даю согласие раскрытие следующей конфиденциальной информации (если она является частью моих записей). Я понимаю, что следующая информация будет раскрываться, только если я поставлю свои инициалы в поле рядом с запрашиваемой информацией. * Я понимаю, что мои записи о злоупотреблении алкоголем/наркотиками защищены федеральными законами, законами штата и правилами о конфиденциальности и не могут разглашаться без моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законами и правилами.

(Initial all that apply)/(Поставьте инициалы во всех применимых полях)

_____ **AIDS or HIV/СПИД или ВИЧ**

_____ **Maternity/Pregnancy (Reproductive Health)/Материнство/беременность (репродуктивное здоровье)**

_____ ***Alcohol/Drug/Substance Abuse (Diagnosis, treatment, or referral information)/Злоупотребление алкоголем/наркотиками* (диагностика, лечение или информация о направлении)**

_____ **Mental Health Data and Records/Данные и записи о психическом здоровье**

_____ **Genetic Information (services or tests)/Генетическая информация (услуги или анализы)**

_____ **Sexually transmitted illness/disease (testing and treatment)/Заболевания, передающиеся половым путем (анализы и лечение)**

Other Information/Прочая информация

Date(s) of Service/Дата оказания услуги: _____

Provider(s)/Поставщики услуг: _____

Details of Request/Детали запроса: _____

PART E: MEMBER SIGNATURE AND DATE
ЧАСТЬ Е: ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА И ДАТА

Member Signature/Подпись участника _____
Date/Дата

- OR -/ - ИЛИ -

Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature/Подпись уполномоченного законного представителя/опекуна участника _____
Date/Дата

Relationship to Member/Кем приходится участнику: **Parent/Один из родителей**
 Legal guardian/Законный опекун* **Holder of Power of Attorney*/Держатель доверенности***

***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.**

*** Если эта форма подписана не участником или его родителями, приложите соответствующие документы о том, что вы являетесь законным опекуном или держателем доверенности.**

Note to parents/legal guardians of minors: State laws may prohibit Providence Medicare Advantage Plans from acting on your request about Sensitive Information without written authorization from the minor member (both parent and minor must sign.)

Примечание для родителей/законных опекунов несовершеннолетних. Законы штата могут запрещать компании Providence Medicare Advantage Plans выполнять ваш запрос на получение конфиденциальной информации без письменного разрешения несовершеннолетнего участника (один из родителей и несовершеннолетний должны поставить свою подпись).