



# ការស្នើសុំព័ត៌មានសម្ងាត់

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) សូមជម្រាបដល់អ្នក ថាអ្នកមានជម្រើសមួយអំពីព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ (PHI) របស់អ្នក។ អ្នកអាចឱ្យ Health Net Community Solutions, Inc. ធ្វើព័ត៌មានទាក់ទងអំពី PHI ទៅអ្នកដោយផ្ទាល់ជំនួសឱ្យអតិថិជនតាមគោលការណ៍សុខភាពក្រសួងរបស់អ្នក។

## PHI គឺជាព័ត៌មានសុខភាពអំពីអ្នក។ ឧទាហរណ៍ការទាក់ទងដែលរួមបញ្ចូល PHI មាន៖

- សេចក្តីពន្យល់អំពីការជូនដំណឹងអត្ថប្រយោជន៍។
- ព័ត៌មានអំពីការណាត់ជួបរបស់អ្នក។
- ការបដិសេធបណ្តឹងទាមទារសំណង ការស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងទាមទារសំណង និងការជូនដំណឹងអំពីបណ្តឹងទាមទារសំណងដែលបានពិភាក្សា។
- ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ការបរិយាយអំពីសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូន និងព័ត៌មានអំពីការជួបពិគ្រោះផ្សេងទៀត។

បំពេញសំណុំបែបបទនេះ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការឱ្យយើងធ្វើព័ត៌មានទាក់ទងនឹង PHI ទៅអ្នកដោយផ្ទាល់ជំនួសឱ្យអតិថិជនតាមរយៈការផ្ញើសំបុត្រតាមប៊ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ ឬតាមអ៊ីមែលផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកចង់មើលព័ត៌មានដែលមានបញ្ជាក់ខាងលើតាមអនឡាញ សូមចុះឈ្មោះចូលតាមគណនីរបស់អ្នកតាមរយៈសាយ [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com)។

**សូមផ្ញើសំបុត្រតាមប៊ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ ឬផ្ញើទូរសារសំណុំបែបបទដែលបានបំពេញទៅ Health Net, Inc. យើងត្រូវចំណាយពេល 14 ថ្ងៃដើម្បីដំណើរការតាមការស្នើសុំរបស់អ្នក។**

**ផ្ញើសំបុត្រតាមប៊ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍៖** Health Net, Inc., Membership Accounting, CA-100-04-03, PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103

**ទូរសារ៖** (818) 676-7411, ជូនចំពោះ៖ Health Net, Inc., គណនីសមាជិកភាព

**យើងនៅទីនេះរង់ចាំជួយអ្នក!** សូមទូរស័ព្ទមកយើង ប្រសិនបើមានសំណួរ៖ **1-855-464-3571 នៅរដ្ឋ Los Angeles ឬ 1-855-464-3572 នៅរដ្ឋ San Diego (TTY: 711)**

**ជំនួយ!** ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះនៅក្នុងការចេញថ្លៃធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាមួយក្រុមហ៊ុនផ្សេងៗគ្នា អ្នកត្រូវជម្រាបដល់ក្រុមហ៊ុនទាំងនោះឱ្យដឹងថាអ្នកចង់ឱ្យ PHI របស់អ្នក អនុវត្តដូចម្តេច។

ព័ត៌មានរបស់អ្នក		
នាមខ្លួន៖	នាមក្រកូល៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖
លេខសម្គាល់សមាជិក៖	លេខទូរស័ព្ទ៖ តើយើងអាចទូរស័ព្ទទៅកន្លែងណា ប្រសិនបើមានសំណួរ?	
បាន! សូមផ្ញើព័ត៌មានទាក់ទងជាមួយ PHI របស់ខ្ញុំទៅតាមអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រតាមប៊ុស្តិ៍ប្រៃសណីយ៍ និង/ឬតាមអ៊ីមែលនេះ។		
អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រ៖		
ក្រុង៖	រដ្ឋ៖	លេខកូដតំបន់៖
អ៊ីមែល៖		
ខសមបញ្ជាក់ និងទទួលសាល់ថាព័ត៌មានខាងលើត្រឹមត្រូវពិតប្រាកដមែន។		
ហត្ថលេខា៖	កាលបរិច្ឆេទ៖	

**សម្គាល់៖** សំណើទំនាក់ទំនងសម្ងាត់ត្រូវមានសុពលភាពរហូតដល់សមាជិក ដាក់ពាក្យស្នើសុំលុបចោលសំណើ ឬទំនាក់ទំនងសម្ងាត់ថ្មីត្រូវបានដាក់ជូន។

Health Net Community Solutions, Inc. គឺជាផែនការសុខភាពដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីទាំងពីរដល់អ្នកចុះឈ្មោះចូល។ Health Net Community Solutions, Inc. គឺជាសាខារបស់ Health Net, Inc. ហើយ Health Net ជាម៉ាកសញ្ញាសេវាកម្មដែលត្រូវបានចុះបញ្ជីរបស់ Health Net, Inc. រក្សាសិទ្ធិគ្រប់យ៉ាង។ បានពិនិត្យឡើងវិញ៖ 2017\_12



# ការលុបចោលសំណើទំនាក់ទំនងសម្ងាត់

ខ្ញុំចង់បោះបង់ ឬលុបចោលសំណើទំនាក់ទំនងសម្ងាត់ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យ Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងទំនាក់ទំនងព័ត៌មានគណនី និងវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីថ្ងៃដែលមានរាយបញ្ជីខាងក្រោម។

បុគ្គល ឬក្រុមដែលបានទទួលព័ត៌មាន។			
ឈ្មោះ (បុគ្គល ឬក្រុម) ៖			
អាសយដ្ឋាន៖			
ក្រុង៖	រដ្ឋ៖	លេខកូដតំបន់៖	ទូរស័ព្ទ៖ (     )     -
កាលបរិច្ឆេទនៃការចុះហត្ថលេខាអនុញ្ញាត (ប្រសិនបើដឹង) ៖		/	/
ព័ត៌មានសមាជិក។			
ឈ្មោះសមាជិក (សរសេរជាអក្សរពុម្ព)៖			
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតសមាជិក៖	/	/	លេខសម្គាល់សមាជិក៖
ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានសុខភាពខ្ញុំ (រួមទាំងកំណត់ត្រាប្រើប្រាស់ថ្នាំនៃជំងឺរបស់ខ្ញុំនៅទីកន្លែងដែលអាចអនុវត្តបាន) អាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីចែករំលែកឱ្យបានហើយ ដោយសារតែការអនុញ្ញាតដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូនពីមុន។ ខ្ញុំក៏យល់ដែរថាការលុបចោលនេះអនុវត្តតែលើការអនុញ្ញាតដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូនដើម្បីប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាពខ្ញុំសម្រាប់គោលបំណងជាក់លាក់ណាមួយ ឬដើម្បីចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពខ្ញុំទៅបុគ្គល ឬក្រុមណាមួយ។ មិនត្រូវលុបចោលសំណុំបែបបទស្តីពីការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតផ្សេងៗទៀតដែលខ្ញុំបានចុះហត្ថលេខាសម្រាប់ព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវប្រើសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀត ឬចែករំលែកជាមួយបុគ្គល ឬក្រុមផ្សេងទៀតឡើយ។			
ហត្ថលេខាសមាជិក(អ្នកកំណត់សមាជិក ឬអ្នកកំណត់ផ្នែកច្បាប់សូមចុះហត្ថលេខានៅទីនេះ)៖		កាលបរិច្ឆេទ៖ / /	
ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាឱ្យសមាជិក សូមពិពណ៌នាអំពីទំនាក់ទំនងញាតិភាពរបស់អ្នកខាងក្រោម។ ប្រសិនបើអ្នកជាកំណត់សមាជិក ផ្ទាល់របស់សមាជិក សូមពិពណ៌នាអំពីទំនាក់ទំនងញាតិភាពខាងក្រោម និងផ្ញើច្បាប់ថតចម្លងនៃសំណុំបែបបទទាំងនោះមកយើង (លិខិតផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត ឬការបញ្ជារបស់អាណាព្យាបាល)។			

Health Net, Inc. នឹងឈប់ប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកនៅពេលយើងទទួល និងដំណើរការសំណុំបែបបទនេះ។ សូមប្រើអាសយដ្ឋានផ្ញើតាមបុស្តប្រៃសណីយ៍ខាងក្រោម។ អ្នកក៏អាចទូរស័ព្ទរកជំនួយតាមរយៈលេខទូរស័ព្ទខាងក្រោម។

**Health Net, Inc., embership Accounting**  
 PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103  
 ទូរស័ព្ទ៖ 1-855-464-3571 នៅរដ្ឋ Los Angeles ឬ 1-855-464-3572 នៅ San Diego (TTY: 711)  
 ទូរសារ៖ (818) 676-7411

Health Net Community Solutions, Inc. គឺជាផែនការសុខភាពដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីទាំងពីរដល់អ្នកចុះឈ្មោះចូល។ Health Net Community Solutions, Inc. គឺជាសាខារបស់ Health Net, Inc. ហើយ Health Net ជាម៉ាកសញ្ញាសេវាកម្មដែលត្រូវបានចុះបញ្ជីរបស់ Health Net, Inc. រក្សាសិទ្ធិគ្រប់យ៉ាង។  
 បានពិនិត្យឡើងវិញ៖ 2017\_12 FRM019496DC00 (1/18)

# Health Net Cal MediConnect Nondiscrimination Notice

---

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net Cal MediConnect does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

## Health Net Cal MediConnect:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# Multi-Language Insert

## Multi-language Interpreter Services

**English:** ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Chinese Mandarin:** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

**Chinese Cantonese:** 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Arabic:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।

**Japanese:** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

**Farsi:** توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Thai:** เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Armenian:** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակազմակերպչական ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

**Cambodian:** ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Hmong:** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Punjabi:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Laotian:** ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).