

درخواست برقراری ارتباطات به روش محرمانه

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) مایل است تا به اطلاع شما برساند که شما درباره اطلاعات حفاظت شده در زمینه سلامت خود (PHI) از یک حق انتخاب برخوردار می باشید. شما می توانید از Health Net Community Solutions, Inc. بخواهید تا هر گونه ارتباطی که محتوی PHI می باشد را به جای مشترک اصلی سیاست نامه سلامتی در خانواده خود، مستقیماً برای خود شما ارسال نماید.

PHI اطلاعات سلامتی مربوط به شما می باشد. مثال هایی از ارتباطی که محتوی PHI هستند عبارتند از:

- اعلامیه های توضیح دهنده مزایا
 - اطلاعات درباره قرارهای ویزیت
 - رد شکایات، درخواست ها برای اطلاعات بیشتر درباره شکایت ها و اعلامیه های مربوطه به شکایات مورد اعتراض
 - نام و آدرس ارائه کننده خدمات شما، توصیف خدمات ارائه شده و سایر اطلاعات مربوط به ویزیت
- در صورتی که مایل هستید تا ما ارتباطات مربوط به برخی PHI های خاص را به جای مشترک اصلی سیاست نامه سلامتی در خانواده شما، مستقیماً با خود شما و در آدرس پستی و یا ایمیل متفاوتی انجام دهیم، این فرم را پر کنید. در صورتی که مایل هستید تا اطلاعات لیست شده فوق را به صورت آنلاین مشاهده کنید، به پرتال ایمن ما به آدرس www.myhealthnetca.com مراجعه کنید.

لطفا فرم تکمیل شده را با پست یا نمابر برای Health Net, Inc. ارسال کرده و به ما 14 روز وقت دهید تا به درخواست شما رسیدگی کنیم.

آدرس پستی: Health Net, Inc., Membership Accounting, CA-100-04-03, PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103

نمبر: Health Net, Inc., Membership Accounting (818) 676-7411, قابل توجه:

ما برای کمک کردن به شما آماده ایم! در صورت داشتن هر گونه سوال لطفاً با این شماره تلفن با ما تماس بگیرید: 1-855-464-3571 در Los Angeles یا (TTY: 711) San Diego در 1-855-464-3572

نکته! در صورتی که از طریق شرکت دیگری در طرح پوشش سلامتی ثبت نام کرده اید، باید به آنها اطلاع دهید که مایل هستید تا PHI شما به چه روشی مدیریت شود.

اطلاعات مربوطه به شما		
نام:	نام خانوادگی:	تاریخ تولد:
شماره شناسایی عضویت:	شماره تلفن: در صورت داشتن سوال به کجا می توانیم زنگ بزنیم؟	
بلی! لطفاً ارتباطات مربوط به PHI من را به این آدرس پستی یا ایمیل ارسال کنید		
آدرس پستی:		
شهر:	ایالت:	زیپ کد:
آدرس ایمیل:		
اینجانب گواهی کرده و تایید می کنم که اطلاعات فوق حقیقی و درست می باشد		
امضاء:	تاریخ:	

توجه: درخواست برقراری ارتباطات به روش محرمانه تا زمانی که عضو درخواست لغو آن را ارسال نکرده و یا یک درخواست برقراری ارتباطات به روش محرمانه جدید صادر نشود به قوت خود باقی می ماند.

Health Net Community Solutions, Inc. یک طرح سلامت است که برای ارائه مزایای هر دو برنامه Medicare و Medi-Cal به ثبت نام کنندگان با آن دو دارای قرارداد می باشد. Health Net Community Solutions, Inc. یک شرکت تابعه Health Net, Inc. می باشد. Health Net علامت تجاری خدماتی ثبت شده متعلق به Health Net, Inc. می باشد. تمام حقوق محفوظ می باشد.

لغو درخواست برقراری ارتباطات به روش محرمانه

اینجانب مایل هستم تا درخواست برقراری ارتباطات به روش محرمانه ای که در زمینه ارتباطات مربوط به حساب و اطلاعات پزشکی خود به Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) داده بودم را از تاریخ ذکر شده زیر لغو نمایم.

شخص یا گروهی که اطلاعات را دریافت می کرد			
نام (شخص یا گروه):			
آدرس:			
شهر:	ایالت:	زیپ کد:	تلفن:
			() -
تاریخ امضای مجوز (در صورت معلوم بودن): / /			
اطلاعات بیشتر			
نام عضو (نوشته شود):			
تاریخ تولد عضو:		شماره شناسایی عضویت:	
			/ /
اینجانب درک می کنم که اطلاعات مربوط به سلامت من (شامل، در مواردی که ایجاب کند، سوابق اختلال سوء استفاده مواد من) ممکن است قبلاً به موجب اجازه ای که خود من صادر کرده ام مورد استفاده قرار گرفته و یا به اشتراک گذاشته باشد. اینجانب همچنین درک می کنم این لغو مجوز تنها در مورد اجازه ای اعمال می شود که من برای استفاده از اطلاعات مربوط به سلامت خود برای یک قصد خاص داده ام یا برای اشتراک گذاری اطلاعات مربوط به سلامت من با یک فرد یا گروه اعتبار دارد. این مجوز سایر فرم های مجوزی که من در زمینه استفاده از اطلاعات مربوط به سلامت من خود برای مقاصد دیگر و یا به اشتراک گذاری آنها با افراد یا گروه های دیگر امضاء کرده ام را لغو نمی کند.			
امضای عضو (عضو یا نماینده قانونی وی اینجا را امضاء نماید):		تاریخ:	
			/ /
اگر شما این برگه را از طرف عضو امضاء می کنید، نوع رابطه خود با وی را در زیر شرح دهید. اگر شما نماینده شخصی عضو هستید، این مورد را در زیر توضیح داده و کپی هایی از آن فرم ها (مانند وکالت نامه ها یا دستورهای کفالت و سرپرستی) را برای ما ارسال کنید.			

هنگامی که این فرم دریافت شده و پردازش شد، Health Net, Inc. استفاده و یا به اشتراک گذاری اطلاعات مربوط به سلامت شما را متوقف خواهد کرد. برای مکاتبه با ما از آدرس پستی زیر استفاده کنید. شما همچنین می توانید برای دریافت کمک با شماره تلفن ذکر شده زیر تماس بگیرید.

Health Net, Inc., Membership Accounting

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103

تلفن: 1-855-464-3571 در Los Angeles یا 1-855-464-3572 در San Diego (TTY: 711)

نمابر: (818) 676-7411

Health Net Community Solutions, Inc. یک طرح سلامت است که برای ارائه مزایای هر دو برنامه Medicare و Medi-Cal به ثبت نام کنندگان با آن دو دارای قرارداد می باشد. Health Net Community Solutions, Inc. یک شرکت تابعه Health Net, Inc. می باشد. Health Net علامت تجاری خدماتی ثبت شده متعلق به Health Net, Inc. می باشد. تمام حقوق محفوظ می باشد.

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: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակազմի անվճար 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).