



기밀 커뮤니케이션 요청

Health Net Community Solutions, Inc.[Health Net Cal MediConnect Plan(Medicare-Medicaid Plan)]은 가입자가 보호 대상의 건강 정보(PHI)에 대한 선택권을 가지고 있음을 알려 드립니다. 가입자는 Health Net Community Solutions, Inc.가 가족 내 건강보험 대표 가입자 대신에 귀하에게 직접 PHI가 포함된 서신을 발송하도록 할 수 있습니다.

PHI는 가입자에 대한 건강 정보입니다. PHI가 포함된 정보의 예:

- 혜택 고지에 대한 정보.
- 가입자의 진료 예약에 대한 정보.
- 청구 기각, 청구에 대한 추가 정보 요청, 반대 청구 통지.
- 서비스 제공자의 이름과 주소, 제공된 서비스에 대한 설명, 기타 방문 정보.

PHI가 포함된 서신을 가족 내 대표 가입자의 주소가 아닌 다른 주소 또는 이메일 주소로 직접 수령하기를 원하신다면 이 양식을 작성해 주십시오. 위에 열거된 정보를 온라인으로 확인하시려면 www.myhealthnetca.com의 보안 포털에 로그인하십시오.

작성한 양식을 Health Net, Inc.로 우편 발송하거나 팩스로 보내 주십시오. 요청 사항을 처리하는 데 최대 14일이 소요될 수 있습니다.

우편: Health Net, Inc., Membership Accounting, CA-100-04-03, PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103
팩스: (818) 676-7411, Attention: Health Net, Inc., Membership Accounting

저희가 도와드리겠습니다! 궁금하신 사항은 다음으로 전화해 주십시오: **1-855-464-3571(Los Angeles)** 또는 **1-855-464-3572(San Diego) (TTY: 711)**

주의! 다른 회사의 건강 보험에 가입하시면 귀하의 PHI 처리 방식을 해당 회사에 직접 알려셔야 합니다.

가입자 정보.			
이름:	성:	생년월일:	
가입자 ID 번호:	전화번호: 연락 가능한 전화번호		
예! 다음 주소 및/또는 이메일 주소로 저의 PHI가 포함된 서신을 보내 주십시오.			
우편 주소:			
시:	주:	우편번호:	
이메일 주소:			
본인은 상기 정보가 사실이고 정확함을 증명하고 인정합니다.			
서명:		날짜:	

참고: 기밀 커뮤니케이션 요청은 가입자가 요청 철회를 제출하거나 새로운 기밀 커뮤니케이션 요청서를 제출할 때까지 유효합니다.

Health Net Community Solutions, Inc.는 Medicare와 Medi-Cal 양자의 계약을 통해 가입자에게 양쪽 프로그램이 갖고 있는 혜택을 제공하고자 하는 건강 플랜입니다. Health Net Community Solutions, Inc.는 Health Net, Inc.의 자회사입니다. Health Net는 Health Net, Inc.의 등록 상표입니다. 모든 권한 보유.

기밀 커뮤니케이션 요청 철회



Health Net®

본인은 계정 및 의료 정보의 커뮤니케이션과 관련하여 Health Net Community Solutions, Inc.[Health Net Cal MediConnect Plan(Medicare-Medicaid Plan)]에게 제공한 기밀 커뮤니케이션 요청을 다음 날짜부로 취소 또는 철회합니다.

정보를 수령한 개인 또는 그룹.

이름(개인 또는 그룹):

주소:

시:	주:	우편번호:	전화: () -
----	----	-------	----------------------------

허가 서명일(아는 경우): / /

가입자 정보.

가입자 이름(정자체로 기입):

가입자 생년월일: / /	가입자 ID 번호:
-----------------------------	------------

본인은 이전의 허가 때문에 본인의 건강 정보(해당되는 경우, 약물 사용 문제 기록을 포함)가 이미 사용되거나 공유되었을 수 있음을 이해합니다. 또한 이러한 취소는 특정 목적으로 본인의 건강 정보를 사용하거나 개인 또는 그룹과 본인의 건강 정보를 공유하도록 허가한 것에만 적용됨을 이해합니다. 다른 용도로 이미 사용되었거나 다른 개인이나 그룹과 공유한 건강 정보에 대한 허가는 취소되지 않습니다.

가입자 서명(가입자 또는 법적 대리인의 서명):	날짜: / /
----------------------------	-----------------------

가입자를 대신하여 서명할 경우, 아래에 가입자와의 관계를 기입하십시오. 가입자의 대리인일 경우, 아래에 이를 명시한 후 양식(위임장 또는 후견인 지정 서류)의 사본을 보내 주십시오.

Health Net, Inc.는 이 양식을 수령하고 처리하면 가입자의 건강 정보를 사용하거나 공유하는 것을 중단할 것입니다. 아래의 우편 주소를 사용해 주십시오. 아래의 전화번호로 도움을 요청하실 수도 있습니다.

Health Net, Inc., Membership Accounting

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103

전화: 1-855-464-3571(Los Angeles) 또는 1-855-464-3572(San Diego) (TTY: 711)

팩스: (818) 676-7411

Health Net Community Solutions, Inc.는 Medicare와 Medi-Cal 양자의 계약을 통해 가입자에게 양쪽 프로그램이 갖고 있는 혜택을 제공하고자 하는 건강 플랜입니다. Health Net Community Solutions, Inc.는 Health Net, Inc.의 자회사입니다. Health Net는 Health Net, Inc.의 등록 상표입니다. 모든 권한 보유.

개정: 2017_12

FRM019499KC00 (1/18)

CA_MMP_18_ConfCommReq_KOR_03192018

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 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).