



Запрос конфиденциальной коммуникации

Health Net®

Компания Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) хотела бы сообщить вам, что вы имеете возможность выбрать способ передачи защищенной информации о вашем здоровье (PHI). Вы можете попросить, чтобы компания Health Net Community Solutions, Inc. отправляла любые сообщения, содержащие защищенную информацию о состоянии вашего здоровья, напрямую вам, а не основному подписчику плана медицинского страхования вашей семьи.

Защищенная информация о состоянии вашего здоровья - это информация, имеющая отношение к вашему здоровью. Примеры сообщений, в которых содержится защищенная информация о состоянии вашего здоровья:

- Объяснение уведомлений о льготах.
- Информация о ваших записях на прием к врачам.
- Отказы в страховом возмещении, запросы на дополнительную информацию о требованиях страхового возмещения и уведомления об оспариваемых требованиях страхового возмещения.
- Наименование и адрес вашего поставщика медицинских услуг, описание предоставленных услуг и прочая информация о вашем посещении.

Заполните данную форму, если вы желаете, чтобы мы направляли сообщения, содержащие защищенную информацию о состоянии вашего здоровья, напрямую вам, вместо подписчика, по иному почтовому адресу или адресу электронной почты. Если вы желаете просмотреть вышеуказанную информацию на сайте, зайдите в свою учетную запись на нашем безопасном портале по ссылке www.myhealthnetca.com.

Отправьте заполненную форму по почте или факсу в компанию Health Net, Inc. Обработка вашего запроса займет до 14 дней.

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

Факс: (818) 676-7411, Кому: Health Net, Inc., Membership Accounting

Мы всегда готовы помочь! Позвоните нам, если у вас есть вопросы: **1-855-464-3571 (Los Angeles) или 1-855-464-3572 (San Diego) (телетайп: 711)**

Совет! Если вы регистрируетесь для получения медицинского страхования в другой компании, вы должны будете сообщить им, как следует обращаться с защищенной информацией о состоянии вашего здоровья.

Ваша информация		
Имя:	Фамилия:	Дата рождения:
Идентификационный номер участника:	Номер телефона: Куда мы можем позвонить, если у нас возникнут вопросы?	
Да! Пожалуйста, отправляйте сообщения, содержащие защищенную информацию о состоянии моего здоровья, по данному почтовому адресу и/или адресу электронной почты		
Почтовый адрес:		
Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Адрес электронной почты:		
Я удостоверяю и подтверждаю, что вышеуказанная информация является достоверной и точной		
Подпись:	Дата:	

Примечание: Данный запрос конфиденциальной коммуникации действует до тех пор, пока участник не отзовет запрос или пока не будет передан новый запрос конфиденциальной коммуникации.

Health Net Community Solutions, Inc. является планом медицинского страхования, заключившим контракты с программой Medicare и программой Medi-Cal на предоставление своим участникам льгот обеих этих программ. Health Net Community Solutions, Inc. является дочерней компанией Health Net, Inc. Health Net является зарегистрированным знаком обслуживания Health Net, Inc. Все права сохранены.

Проверено: 2017_12

FRM019500RC00 (1/18)

CA_MMP_18_ConfCommReq_RUS_03192018

Отзыв запроса конфиденциальной коммуникации

Я желаю отменить или отозвать запрос конфиденциальной коммуникации, который я направил(-а) в компанию Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) касательно передачи учетной и медицинской информации, начиная с нижеуказанной даты.

Лицо или группа, получавшие информацию			
ФИО лица или наименование группы:			
Адрес:			
Город:	Штат:	Почтовый индекс:	Тел.: () -
Дата подписания разрешения (если известно): / /			
Информация об участнике			
ФИО участника (печатными буквами):			
Дата рождения участника: / /		Идентификационный номер участника:	
Я понимаю, что информация о состоянии моего здоровья (включая, если применимо, записи о моем расстройстве, вызванном употреблением психоактивных веществ), могла быть уже использована или передана в связи с данным мною ранее разрешением. Я также понимаю, что настоящая отмена относится только к разрешению, которое я предоставил(-а) на использование информации о состоянии моего здоровья в конкретных целях или передачу информации о состоянии моего здоровья лицу или группе. Она не отменяет какие-либо иные формы разрешения, которые я подписывал(-а) в отношении использования информации о состоянии здоровья в иных целях или передачи ее иному лицу или группе.			
Подпись участника (подпись участника или законного представителя):		Дата: / /	
Если вы подписываете документ от имени участника, укажите, кем он(-а) вам приходится, ниже. Если вы являетесь личным представителем участника, укажите это ниже и отправьте нам копии соответствующих документов (например, доверенности или приказ о назначении опекуна).			

Health Net, Inc. перестанет использовать или передавать информацию о состоянии вашего здоровья после получения и обработки данной формы. Используйте нижеуказанный почтовый адрес. Вы также можете позвонить по нижеуказанному номеру, если вам потребуется помощь.

Health Net, Inc., Membership Accounting

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103

Тел.: 1-855-464-3571 (Los Angeles) или 1-855-464-3572 (San Diego) (телетайп: 711)

Факс: (818) 676-7411

Health Net Community Solutions, Inc. является планом медицинского страхования, заключившим контракты с программой Medicare и программой Medi-Cal на предоставление своим участникам льгот обеих этих программ. Health Net Community Solutions, Inc. является дочерней компанией Health Net, Inc. Health Net является зарегистрированным знаком обслуживания Health Net, Inc. Все права сохранены.

Проверено: 2017_12

FRM019500RC00 (1/18)

CA_MMP_18_ConfCommReq_RUS_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: 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).