



Solicitud de comunicaciones confidenciales

Health Net®

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan [Medicare-Medicaid Plan]) desea comunicarle que puede elegir sobre su información de salud protegida (PHI). Puede hacer que Health Net Community Solutions, Inc. le envíe toda comunicación que contenga PHI directamente a usted en vez de al principal suscriptor de la póliza de seguro de su familia.

La PHI es información de salud sobre usted. Los siguientes son ejemplos de comunicaciones que incluyen PHI:

- Avisos de explicación de beneficios (EOB).
- Información sobre sus citas.
- Denegaciones de reclamaciones, solicitudes de información adicional sobre reclamaciones y avisos de reclamaciones refutadas.
- El nombre y la dirección de su proveedor, descripciones de servicios proporcionados y otra información de visitas.

Complete este formulario si desea que le enviemos comunicaciones que contengan PHI directamente a usted, en vez de al suscriptor, a una dirección postal o de correo electrónico diferente. Si desea ver la información que se indica anteriormente en línea, inicie sesión en su portal seguro en www.myhealthnetca.com.

Envíe por correo o fax este formulario completo a Health Net, Inc. Procesar su solicitud puede llevarnos hasta 14 días.

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

Fax: (818) 676-7411, Attention: Health Net, Inc., Membership Accounting

Estamos para ayudarlo. Llámenos si tiene preguntas: **al 1-855-464-3571 en Los Angeles o al 1-855-464-3572 en San Diego (TTY: 711)**

Consejo: si se inscribe en la cobertura de salud con una empresa diferente, tendrá que comunicarles de qué manera desea que se maneje su PHI.

Su información.		
Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:
Número de identificación de afiliado:	Número de teléfono: ¿A dónde podemos llamar si tenemos preguntas?	
¡Sí! Envíen comunicaciones con mi PHI a esta dirección de correo postal y/o dirección de correo electrónico.		
Dirección de correo postal:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo electrónico:		
Certifico y acepto que la información anterior es verdadera y correcta.		
Firma:	Fecha:	

Nota: la Solicitud de comunicaciones confidenciales será válida hasta que el afiliado presente una revocación de la solicitud o se presente una nueva Solicitud de comunicaciones confidenciales.

Health Net Community Solutions, Inc. es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para proporcionar beneficios de ambos programas a las personas inscritas. Health Net Community Solutions, Inc. es una subsidiaria de Health Net, Inc. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, Inc. Todos los derechos reservados.



Revocación de la Solicitud de comunicaciones confidenciales

Deseo cancelar o revocar la Solicitud de comunicaciones confidenciales que le otorgué a Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan [Medicare-Medicaid Plan]) sobre la comunicación de información médica y de la cuenta, con vigencia a partir de la fecha que figura a continuación.

Persona o grupo que recibieron la información.			
Nombre (persona o grupo):			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono: () -
Fecha de firma de la autorización (si la conoce): / /			
Información del afiliado.			
Nombre del afiliado (en letra de imprenta):			
Fecha de nacimiento del afiliado: / /		N.º de identificación del afiliado:	
<p>Comprendo que es posible que mi información de salud (incluidos, según corresponda, los registros sobre mi trastorno por abuso de sustancias) ya se haya usado o compartido dado que otorgué mi permiso anteriormente. Asimismo, comprendo que esta cancelación solo se aplica al permiso que otorgué para usar mi información de salud para un propósito en particular o para compartir mi información de salud con la persona o el grupo. No cancela ningún otro formulario de autorización que yo haya firmado para que se use mi información de salud para otro propósito o para que se comparta con otra persona u otro grupo.</p>			
Firma del afiliado (el afiliado o el representante legal deben firmar aquí):		Fecha: / /	
<p>Si firma en nombre del afiliado, describa la relación que los une a continuación. Si usted es el representante personal del afiliado, indíquelo a continuación y envíenos copias de esos formularios (como un poder notarial o una orden judicial de tutela).</p>			

Health Net, Inc. dejará de usar o compartir su información de salud cuando recibamos y procesemos este formulario. Use la dirección postal que figura debajo. También puede solicitar ayuda al número que figura a continuación.

Health Net, Inc., Membership Accounting

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103

Teléfono: al 1-855-464-3571 en Los Angeles o al 1-855-464-3572 en San Diego (TTY: 711)

Fax: (818) 676-7411

Health Net Community Solutions, Inc. es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para proporcionar beneficios de ambos programas a las personas inscritas. Health Net Community Solutions, Inc. es una subsidiaria de Health Net, Inc. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, Inc. Todos los derechos reservados.

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).