



# Kahilingan sa Kumpidensyal na Komunikasyon

Gustong ipaalam sa inyo ng Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) na mayroon kayong opsyon para sa inyong protektadong impormasyon sa kalusugan (PHI). Maaari ninyong hilingin sa Health Net Community Solutions, Inc. na direktang ipadala sa inyo ang anumang komunikasyon na mayroong PHI sa halip na ipadala ito sa pangunahing subscriber ng polisa sa kalusugan ng inyong pamilya.

**Ang PHI ay impormasyon sa kalusugan tungkol sa inyo. Ang mga halimbawa ng mga komunikasyon na may kasamang PHI ay:**

- Mga paunawa sa pagpapaliwanag ng mga benepisyo.
- Impormasyon tungkol sa inyong mga appointment.
- Mga hindi pagbibigay ng claim, kahilingan para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga claim at paunawa sa mga pinagtatalunang claim.
- Ang pangalan at address ng inyong provider, mga paglalarawan ng mga serbisyong ipinagkaloob at iba pang impormasyon sa pagbisita.

Kumpletuhin ang form na ito kung gusto ninyong ipadala namin sa inyo nang direkta ang mga komunikasyong naglalaman ng PHI, sa halip na sa subscriber, sa ibang address na pangkoreo o email address. Kung gusto ninyong matingnan online ang impormasyong binanggit sa itaas, mangyaring mag-log in sa aming ligtas na portal sa [www.myhealthnetca.com](http://www.myhealthnetca.com).

**Pakipadala ang nakumpletong form na ito sa pamamagitan ng koreo o fax sa Health Net, Inc. Bigyan kami ng hanggang 14 na araw para maproseso ang inyong kahilingan.**

**Sa pamamagitan ng koreo:** Health Net, Inc., Membership Accounting, CA-100-04-03, PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103

**Sa pamamagitan ng fax:** (818) 676-7411, Attention: Health Net, Inc., Membership Accounting

**Narito kami upang tumulong!** Pakitawagan kami kung may mga tanong kayo: **1-855-464-3571 sa Los Angeles o 1-855-464-3572 sa San Diego (TTY: 711)**

**Tip!** Kung magpapatala kayo sa pagsaklaw na pangkalusugan sa ibang kumpanya, kakailanganin ninyong ipaalam sa kanila kung paano ninyo gustong mapangasiwaan ang inyong PHI.

Inyong impormasyon.			
Pangalan:	Apelyido:	Petsa ng kapanganakan:	
Numero ng ID ng Miyembro:	Numero ng telepono: Saan kami maaaring tumawag kung may mga tanong kami?		
<b>Oo! Pakipadala ang mga komunikasyong naglalaman ng aking PHI sa address na pangkoreo at/o sa email address na ito.</b>			
Address na pangkoreo:			
Lungsod:	Estado:	ZIP:	
Email Address:			
<b>Pinatutunayan at kinukumpirma kong totoo at wasto ang impormasyong nasa itaas.</b>			
Lagda:	Petsa:		

**Tandaan:** Ang Kahilingan sa Mga Kumpidensyal na Komunikasyon ay magkakaroon ng bisa hanggang sa magsumite ang miyembro ng pagpapawalang-bisa ng kahilingan o maisumite ang isang bagong Kahilingan sa Mga Kumpidensyal na Komunikasyon.

Ang Health Net Community Solutions, Inc. ay isang planong pangkalusugan na nakikipagkontrata sa parehong Medicare at Medi-Cal upang maikaloob ang mga benepisyo ng parehong programa sa mga nagpatala. Ang Health Net Community Solutions, Inc. ay subsidiary ng Health Net, Inc. Ang Health Net ay isang nakarehistrong marka ng serbisyo ng Health Net, Inc. Nakalaan ang lahat ng karapatan.



# Pagpapawalang-bisa ng Kahilingan sa Kumpidensyal na Komunikasyon

Gusto kong kanselahin o ipawalang-bisa ang Kahilingan sa Kumpidensyal na Komunikasyong ibinigay ko sa Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) hinggil sa pagpapabatid ng impormasyon sa account at medikal na impormasyon, na magkakaroon ng bisa sa petsang nakasaad sa ibaba.

Tao o grupong tumanggap ng impormasyon.			
Pangalan (tao o grupo):			
Tirahan:			
Lungsod:	Estado:	ZIP:	Numero ng Telepono ( ) -
Petsa kung kailan nilagdaan ang pahintulot (kung alam): / /			
Impormasyon ng miyembro.			
Pangalan ng miyembro (naka-print):			
Petsa ng kapanganakan ng miyembro: / /		# ng ID ng Miyembro:	
<p>Nauunawaan ko na maaaring nagamit o naibahagi na ang impormasyon sa aking kalusugan (kabilang, kung saan naaangkop, ang aking talaan ng labis na paggamit ng gamot o pag-inom ng alak o substance use disorder) dahil sa pahintulot na ibinigay ko dati. Nauunawaan ko rin na nalalapat lang ang pagkakanselang ito sa pahintulot na ibinigay ko upang gamitin ang aking impormasyon sa kalusugan para sa isang partikular na layunin o upang ibahagi ang aking impormasyon sa kalusugan sa tao o grupo. Hindi nito kinakansela ang anumang iba pang form sa pagpapahintulot na nilagdaan ko para magamit ang impormasyon sa kalusugan sa iba pang layunin o ibahagi sa iba pang tao o grupo.</p>			
Lagda ng miyembro (dito pumirma ang miyembro o legal na kinatawan):			Petsa: / /
Kung lalagda kayo para sa miyembro, ilarawan sa ibaba ang inyong kaugnayan sa kanya. Kung kayo ang personal na kinatawan ng miyembro, ilarawan ito sa ibaba at magpadala sa amin ng mga kopya ng mga form hinggil dito (gaya ng power of attorney o kautusan ng pangangalaga).			

Ihahinto ng Health Net, Inc. ang paggamit o pagbabahagi ng inyong impormasyon sa kalusugan kapag natanggap at naproseso namin ang form na ito. Gamitin ang address na pangkoreo sa ibaba. Maaari din kayong tumawag para sa tulong sa numerong nasa ibaba.

## Health Net, Inc., Membership Accounting

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103

Numero ng Telepono: 1-855-464-3571 sa Los Angeles o 1-855-464-3572 sa San Diego (TTY: 711)

Fax: (818) 676-7411

Ang Health Net Community Solutions, Inc. ay isang planong pangkalusugan na nakikipagkontrata sa parehong Medicare at Medi-Cal upang magkaloob ng mga benepisyo ng parehong programa sa mga nagpatala. Ang Health Net Community Solutions, Inc. ay subsidiary ng Health Net, Inc. Ang Health Net ay isang nakarehistrong marka ng serbisyo ng Health Net, Inc. Nakalaan ang lahat ng karapatan.

# 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).