



Yêu cầu Trao đổi Thông tin Bí mật

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) muốn quý vị biết rằng quý vị có lựa chọn về thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) của quý vị. Quý vị có thể để Health Net Community Solutions, Inc. gửi bất kỳ thông tin trao đổi nào có PHI trực tiếp cho quý vị thay vì người đăng ký chính của hợp đồng bảo hiểm sức khỏe của gia đình quý vị.

PHI là thông tin sức khỏe về quý vị. Ví dụ về thông tin trao đổi bao gồm PHI là:

- Giải thích thông báo quyền lợi
- Thông tin về các cuộc hẹn của quý vị.
- Từ chối yêu cầu bồi hoàn, yêu cầu thêm thông tin về yêu cầu bồi hoàn và thông báo về yêu cầu bồi hoàn có tranh chấp.
- Tên và địa chỉ của nhà cung cấp, mô tả dịch vụ được cung cấp và thông tin thăm khám khác.

Hoàn thành mẫu này nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin trao đổi chứa PHI trực tiếp cho quý vị, thay vì người đăng ký, theo địa chỉ gửi thư hoặc email khác. Nếu quý vị muốn xem trực tuyến thông tin được ghi trên, vui lòng đăng nhập vào cổng thông tin bảo mật tại www.myhealthnetca.com.

Vui lòng gửi thư hoặc fax mẫu đã hoàn thành đến Health Net, Inc. Chờ tối đa 14 ngày để chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị.

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

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

Chúng tôi luôn sẵn sàng giúp đỡ quý vị! Vui lòng gọi cho chúng tôi nếu quý vị có thắc mắc: **1-855-464-3571 tại Los Angeles hoặc 1-855-464-3572 tại San Diego (TTY: 711)**

Lời khuyên! Nếu quý vị đăng ký bảo hiểm sức khỏe với một công ty khác, quý vị sẽ phải cho họ biết quý vị muốn xử lý PHI của mình như thế nào.

Thông tin của quý vị.		
Tên:	Họ:	Ngày sinh:
Số ID Hội viên:	Số điện thoại: Chúng tôi có thể gọi đến đâu nếu chúng tôi có thắc mắc?	
CÓ! Vui lòng gửi thông tin trao đổi với PHI của tôi đến địa chỉ gửi thư và/hoặc địa chỉ email này.		
Địa chỉ gửi thư:		
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:
Địa chỉ Email:		
Tôi xác nhận và thừa nhận rằng thông tin trên là đúng và chính xác.		
Chữ ký:	Ngày:	

Lưu ý: Yêu cầu Trao đổi Thông tin Bí mật sẽ có hiệu lực cho đến khi hội viên gửi thông báo thu hồi yêu cầu hoặc nộp Yêu cầu Trao đổi Thông tin Bí mật mới.

Health Net Community Solutions, Inc. là một chương trình sức khỏe có hợp đồng với cả Medicare lẫn Medi-Cal để cung cấp các quyền lợi của cả hai chương trình cho người ghi danh. Health Net Community Solutions, Inc. là một công ty con của Health Net, Inc. Health Net là một nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của Health Net, Inc. Bảo lưu mọi quyền.

Thu hồi Yêu cầu Trao đổi Thông tin Bí mật



Tôi muốn hủy bỏ hoặc thu hồi Yêu cầu Trao đổi Thông tin Bí mật tôi đã cung cấp cho Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) về thông tin giải trình và thông tin y tế, có hiệu lực vào ngày ghi bên dưới.

Người hoặc nhóm đã nhận thông tin.

Tên (người hoặc nhóm):

Địa chỉ:

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã ZIP:

Điện thoại:
() -

Ngày ký giấy ủy quyền (nếu biết): / /

Thông tin hội viên.

Tên hội viên (viết in):

Ngày sinh của hội viên: / /

ID Hội viên:

Tôi hiểu rõ rằng thông tin sức khỏe của tôi (bao gồm, nếu có, hồ sơ rối loạn sử dụng dược chất của tôi) có thể đã được sử dụng hoặc chia sẻ vì tôi đã cho phép trước đó. Tôi cũng hiểu rõ rằng việc hủy bỏ này chỉ áp dụng đối với giấy phép tôi đã cung cấp để sử dụng thông tin sức khỏe của tôi cho một mục đích cụ thể hoặc để chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi với người hoặc nhóm. Việc này không hủy bỏ bất kỳ mẫu ủy quyền nào khác tôi đã ký về thông tin sức khỏe được sử dụng cho mục đích khác hoặc được chia sẻ với người hoặc nhóm khác.

Chữ ký hội viên (hội viên hoặc người đại diện hợp pháp ký tên ở đây):

Ngày: / /

Nếu quý vị đang ký tên cho hội viên, mô tả mối quan hệ vào bên dưới. Nếu quý vị là người đại diện cá nhân của hội viên, mô tả nội dung này vào bên dưới và gửi cho chúng tôi bản sao các mẫu đó (như giấy ủy quyền hoặc án lệnh giám hộ).

Health Net, Inc. sẽ ngừng sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị khi chúng tôi nhận được và xử lý mẫu này. Sử dụng địa chỉ gửi thư bên dưới. Quý vị cũng có thể gọi để được trợ giúp theo số bên dưới.

Health Net, Inc., Membership Accounting

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103

Điện thoại: 1-855-464-3571 tại Los Angeles hoặc 1-855-464-3572 tại San Diego (TTY: 711)

Fax: (818) 676-7411

Health Net Community Solutions, Inc. là một chương trình sức khỏe có hợp đồng với cả Medicare lẫn Medi-Cal để cung cấp các quyền lợi của cả hai chương trình cho người ghi danh. Health Net Community Solutions, Inc. là một công ty con của Health Net, Inc. Health Net là một nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của Health Net, Inc. Bảo lưu mọi quyền.

Sửa đổi: 2017_12

FRM019503VC00 (1/18)

CA_MMP_18_ConfCommReq_VIE_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 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).