

نموذج طلب المراسلات السرية



تود Health Net, LLC* (Health Net) أن تُعلمك أن لديك خيارًا بشأن معلوماتك الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI). يمكنك أن تطلب من Health Net إرسال أي مراسلة تحتوي على المعلومات الصحية المحمية (PHI) إليك مباشرةً بدلاً من إرسالها إلى المشترك الرئيسي في البوليصة الصحية لعائلتك.

ينص قانون ولاية كاليفورنيا على ما يلي: "الخدمات الحساسة تعني: جميع خدمات الرعاية الصحية المتعلقة بالصحة العقلية أو السلوكية والصحة الجنسية والإنجابية والأمراض المنقولة جنسياً واضطراب تعاطي المواد المخدرة ورعاية تأكيد النوع الاجتماعي وعنف الشريك الحميم".

إن معلوماتك الصحية المحمية (PHI) هي معلومات صحية عن حالتك. وفيما يلي أمثلة على المراسلات التي تتضمن معلومات صحية محمية (PHI):

- إشعارات شرح المزايا (Explanation of Benefits, EOB).
 - معلومات حول المواعيد الخاصة بك.
 - خطابات رفض المطالبة وطلبات الحصول على مزيد من المعلومات حول المطالبات وإشعارات المطالبات المتنازع عليها.
 - اسم موفر الرعاية وعنوانه ووصف الخدمات المقدمة ومعلومات الزيارات الأخرى.
- ملحوظة:** إذا كان عمرك يزيد عن 12 عامًا، فأنت لا تحتاج إلى موافقة من المشترك الرئيسي في خطة التغطية الصحية لعائلتك حتى يتسنى لك تقديم طلب المراسلات السرية.

أكمل هذا النموذج إذا كنت تود أن يتم إرسال المراسلات التي تحتوي على المعلومات الصحية المحمية (PHI) إليك مباشرةً بدلاً من المشترك. وسيتم إرسال المراسلات إلى عنوان بريدي أو بريد إلكتروني منفصل. (يُرجى ملاحظة أنه لا يمكن إرسال جميع المراسلات إليك عبر البريد الإلكتروني). إذا كنت ترغب في عرض المعلومات المذكورة أعلاه عبر الإنترنت، فيرجى تسجيل الدخول إلى بوابتنا الآمنة على الموقع الإلكتروني www.healthnet.com أو www.myhealthnetca.com.

يُرجى إرسال هذا النموذج المكتمل عبر البريد أو الفاكس إلى Health Net. يتعين عليك الانتظار لمدة 14 يومًا حتى تتمكن من معالجة طلبك.

عبر البريد: Health Net – Privacy Office

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103

الفاكس: (818) 676-8314، عناية: مكتب الخصوصية لـ Health Net

نحن هنا لمساعدتك!

يُرجى الاتصال بنا أو مراسلتنا عبر البريد الإلكتروني إذا كانت لديك أسئلة.

الهاتف: يمكنك الرجوع إلى رقم الهاتف الموجود على ظهر بطاقة معرف العضوية الخاصة بك.

البريد الإلكتروني: Privacy@HealthNet.com

تلميح!

إذا قمت بتغيير اشتراكك إلى خطة أخرى، فستحتاج إلى إكمال هذا النموذج مرة أخرى باستخدام رقم معرف العضوية الجديد الخاص بك.

نموذج طلب المراسلات السرية

بياناتك:		
الاسم الأول:	اسم العائلة:	تاريخ الميلاد:
رقم معرف عضوية المشترك:		رقم الهاتف: ما الرقم الذي يمكننا التواصل معك من خلاله إذا كانت لدينا أسئلة؟
نعم! يُرجى إرسال المراسلات التي تتضمن المعلومات الصحية المحمية (PHI) إلى العنوان البريدي هذا و/أو عنوان البريد الإلكتروني:		
العنوان البريدي:		
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
عنوان البريد الإلكتروني:		
أشهد وأقر بأن المعلومات الواردة أعلاه صادقة وصحيحة:		
التوقيع:	التاريخ:	

ملحوظة: سيظل طلب المراسلات السرية ساريًا حتى يقدم العضو إلغاء طلب أو يتم تقديم طلب مراسلات سرية جديد.

في حالة توقيعك نيابة عن العضو، فيتعين عليك وصف علاقتك بالعضو أدناه. إذا كنت الممثل الشخصي عن العضو، فقم بوصف ذلك أدناه وأرسل لنا نسختًا من هذه النماذج (مثل التوكيل الرسمي أو أمر الوصاية).

أشهد وأقر بأن المعلومات الواردة أعلاه صادقة وصحيحة:	
اسم الممثل الشخصي: (يُرجى الكتابة بأحرف واضحة)	
وصف العلاقة:	
الصلة بالعضو: (يُرجى الكتابة بأحرف واضحة)	
توقيع الممثل الشخصي:	
التوقيع:	التاريخ:

*تُعد Health Net Community Solutions, Inc. و Health Net of California, Inc. و Health Net Life Insurance شركات تابعة لـ Health Net, LLC، وهي شركة فرعية لدى Centene Corporation. كما أن Health Net علامة خدمة مسجلة لدى Health Net, LLC. جميع العلامات التجارية/علامات الخدمة المحددة الأخرى ملكًا لشركاتها المعنية. جميع الحقوق محفوظة.

Nondiscrimination Notice

Health Net follows State and Federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity or sexual orientation.

Health Net provides:

- Free aids and services to people with disabilities to communicate better with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- 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 or to request this document in an alternative format, contact the Health Net Customer Contact Center at 1-800-675-6110 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, 365 days a year.

If you believe that Health Net has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way, you can file a grievance with Health Net by phone, in writing, in person or electronically:

- By phone: Call Health Net Civil Rights Coordinator at 1-866-458-2208 (TTY: 711), Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m.
- In writing: Fill out a complaint form or write a letter and send it to Health Net Civil Rights Coordinator, P.O. Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103.
- In person: Visit your doctor's office or Health Net and say you want to file a grievance.
- Electronically: Visit Health Net's website at www.healthnet.com

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing or electronically:

- By phone: Call 916-440-7370. If you cannot speak or hear well, please call 711.
- In writing: Fill out a complaint form or write a letter and send it to Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413.
Complaint forms are available at http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- Electronically: Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov.

If you believe you have been discriminated against because of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing or electronically:

- By phone: 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201
Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- Electronically: Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

English: If you, or someone you are helping, need language services, call 1-800-675-6110 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like accessible PDF and large print documents, are also available. These services are at no cost to you.

Arabic: إذا كنت أنت أو أي شخص تقوم بمساعدته، بحاجة إلى الخدمات اللغوية، فاتصل بالرقم (TTY: 711) 1-800-675-6110 تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل الملفات المنقولة (PDF) التي يمكن الوصول إليها والمستندات المطبوعة الكبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

Armenian: Եթե դուք կամ որևէ մեկը, ում դուք օգնում եք, ունեն լեզվական օգնության կարիք, զանգահարեք 1-800-675-6110 (TTY` 711): Հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար հասանելի են օգնություն և ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ մատչելի PDF և մեծ տպագրությամբ փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

Cambodian: ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកដែលពិការ ដូចជាទម្រង់ PDF សម្រាប់អ្នកពិការ និងឯកសារព្រីនជាអក្សរខ្នាតធំក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។

Chinese: 如果您或您正在帮助的其他人需要语言服务，请致电1-800-675-6110 (TTY: 711)。另外，还为残疾人士提供辅助和服务，例如易于读取的 PDF 和大字版文件。这些服务对您免费提供。

Farsi: اگر شما یا هر فرد دیگری که به او کمک می کنید نیاز به خدمات زبانی دارد، با شماره (TTY: 711) 1-800-675-6110 تماس بگیرید. کمک ها و خدماتی مانند مدارک با چاپ درشت و PDF دسترس پذیر نیز برای معلولان قابل عرضه است. این خدمات هزینه ای برای شما نخواهد داشت.

Hindi: यदि आपको, या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उसे, भाषा सेवाएँ चाहिए, तो कॉल करें 1-800-675-6110 (TTY: 711)।

विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे सुलभ PDF और बड़े प्रिंट वाले दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ आपके लिए मुफ्त उपलब्ध हैं।

Hmong: Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab nws, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, hu rau 1-800-675-6110 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, peb kuj tseem muaj cov khoom siv pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si, xws li cov ntaub ntawv PDF uas tuaj yeem nkag cuag tau yooj yim thiab cov ntaub ntawv luam tawm uas pom tus niam ntawv loj. Cov kev pab cuam no yog muaj pab yam tsis xam nqi dab tsi rau koj them li.

Japanese: ご自身またはご自身がサポートしている方が言語サービスを必要とする場合は、1-800-675-6110 (TTY: 711)までお問い合わせください。障がいをお持ちの方のために、アクセシブルなPDFや大きな文字で書かれたドキュメントなどの補助・サービスも提供しています。これらのサービスは無料で提供されています。

Korean: 귀하 또는 귀하가 도와주고 있는 분이 언어 서비스가 필요하시면 1-800-675-6110 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 장애가 있는 분들에게 보조 자료 및 서비스(예: 액세스 가능한 PDF 및 대형 활자 인쇄본)도 제공됩니다. 이 서비스는 무료로 이용하실 수 있습니다.

Laotian: ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການບໍລິການແປພາສາ, ໂທ 1-800-675-6110 (TTY: 711). ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງມີອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ, ເຊັ່ນ ເອກະສານ PDF ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ສະດວກ ແລະ ເອກະສານພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໂດຍບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

Mien: Da'faanh Meih, Fai Heuc Meih Haih Tengx, Oix Janx-kaeqv waac gong, Heuc 1-800-675-6110 (TTY: 711). JomcCaux gong Bun Yangh mienh Caux mv fungc, Oix dongh eix PDF Caux Bunh Fiev dimc, Haih yaac kungx nyei. Deix gong Haih buatc Yietc liuz maiv jaax-zinh Bieqc Meih.

Punjabi: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-675-6110 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਹੁੰਚਯੋਗ PDF ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian: Если вам или человеку, которому вы помогаете, необходимы услуги перевода, звоните по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711). Кроме того, мы предоставляем материалы и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы в специальном формате PDF или напечатанные крупным шрифтом. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish: Si usted o la persona a quien ayuda necesita servicios de idiomas, comuníquese al 1 800-675-6110 (TTY: 711). También hay herramientas y servicios disponibles para personas con discapacidad, como documentos en letra grande y en archivos PDF accesibles. Estos servicios no tienen ningún costo para usted.

Tagalog: Kung ikaw o ang taong tinutulungan mo ay kailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag sa 1-800-675-6110 (TTY: 711). Makakakuha rin ng mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng naa-access na PDF at mga dokumentong malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

Thai: หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-800-675-6110 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมี ความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น PDF ที่เข้าถึงได้และเอกสารที่พิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ

Ukrainian: Якщо вам або людині, якій ви допомагаєте, потрібні послуги перекладу, телефонуйте на номер 1-800-675-6110 (TTY: 711). Ми також надаємо матеріали та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи в спеціальному форматі PDF або надруковані великим шрифтом. Ці послуги для вас безкоштовні.

Vietnamese: Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi 1-800-675-6110 (TTY: 711). Chúng tôi cũng có sẵn các trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu dạng bản in khổ lớn và PDF có thể tiếp cận được. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.