

Распоряжение о передаче информации конфиденциальным способом



Компания California Health & Wellness (далее — CHW) напоминает о возможности выбора способа обращения с закрытой медицинской информацией (ЗМИ). CHW может направлять всю содержащую ЗМИ корреспонденцию лично вам.

Закон штата Калифорния гласит: «К конфиденциальным относят: все медицинские услуги по лечению психических и поведенческих расстройств, устранению проблем сексуального и репродуктивного здоровья, лечению заболеваний, передающихся половым путем, расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, услуги по удовлетворению физических и психологических потребностей трансгендерных людей и услуги для пострадавших от семейно-бытового насилия».

ЗМИ — это информация о состоянии вашего здоровья. Примеры данных, которые могут содержать такую информацию:

- сведения о записи на прием к врачу;
- сведения об отказах в удовлетворении страховых требований, запросы дополнительной информации по страховым требованиям и уведомления о статусе оспариваемых страховых требований;
- имена (наименования) и адреса поставщиков услуг, подробная информация об оказанных услугах и другие сведения о посещении врачей.

Внимание! Лица старше 12 лет могут распорядиться о передаче информации конфиденциальным способом без разрешения родителей, опекунов или личных представителей.

Заполните этот бланк, если хотите, чтобы мы направляли содержащую ЗМИ корреспонденцию лично вам. Корреспонденцию будут направлять на отдельный почтовый или электронный адрес.

(Обратите внимание, что по электронной почте можно отправить не всю корреспонденцию).

Ознакомиться с указанной выше информацией в электронном виде можно в своем профиле на защищенном портале CHW. www.cahealthwellness.com.

Направьте заполненный бланк в компанию Health Net по почте или по факсу.
Обработка запроса займет до 14 дней.

 **Почтовый адрес:** Health Net – Privacy Office: Attention CHW
PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103

 **Факс:** (818) 676-8314, с пометкой «Attention: CHW Privacy Office»

Мы готовы вам помочь!

Если у вас есть вопросы, позвоните нам или напишите письмо по электронной почте.

 **Телефон:** Номер телефона указан на тыльной стороне идентификационной карты участника.

 **Адрес эл. почты:** Privacy@HealthNet.com. С пометкой «Attention: CHW»

Внимание!

Если вы перейдете в другой план, вам нужно будет заполнить этот бланк заново и указать новый идентификационный номер участника.

Распоряжение о передаче информации конфиденциальным способом



Сведения о себе:		
Имя:	Фамилия:	Дата рождения:
Номер страхователя:	Телефон: <i>Куда звонить, если у нас будут вопросы?</i>	
Да! Прошу направлять содержащую ЗМИ корреспонденцию по следующему почтовому и (или) электронному адресу:		
Почтовый адрес:		
Город:	Штат:	Индекс:
Эл. почта:		
Подтверждаю, что указанная выше информация является достоверной и точной.		
Подпись:	Дата:	

Внимание! Распоряжение о передаче информации конфиденциальным способом действует до тех пор, пока не будет отозвано участником, либо до получения аналогичного нового распоряжения.

Если вы подписываетесь за участника, укажите, кем вы ему приходитесь. Если вы являетесь личным представителем участника, укажите это ниже и отправьте нам копии документов, подтверждающих ваши полномочия (например, доверенности или приказа об установлении опеки).

Подтверждаю, что указанная выше информация является достоверной и точной.	
Полное имя личного представителя: (разборчиво)	
Укажите, кем приходитесь участнику:	
Кем приходится: (разборчиво)	
Подпись личного представителя:	
Подпись:	Дата: