

# Распоряжение о прекращении передачи информации конфиденциальным способом



**Я хочу отменить или отозвать поданное мною в компанию California Health & Wellness (CHW) распоряжение о передаче следующих видов информации конфиденциальным способом:**

- корреспонденция по учетной записи (сообщения, уведомления и т. д.);
- медицинская информация;
- сведения о конфиденциальных услугах.

Настоящее распоряжение вступает в силу в указанную ниже дату.

Сведения о себе:			
Имя:	Фамилия:	Дата рождения:	
Номер страхователя:		Телефон: <i>Куда звонить, если у нас будут вопросы?</i>	
Почтовый адрес:			
Город:		Штат:	Индекс:
Эл. почта:			

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».

## **К медицинской информации относят:**

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

**Я понимаю, что мою медицинскую информацию уже могли направить по резервному каналу информационного обмена, указанному мною ранее.**

**Я также понимаю, что настоящее распоряжение распространяется только на согласие, данное мною до отправки информации по резервному каналу.**

Подтверждаю, что указанная выше информация является достоверной и точной.	
Подпись:	Дата:

(продолжение)

# Распоряжение о прекращении передачи информации конфиденциальным способом



Если вы подписываетесь за участника, укажите, кем вы ему приходитесь. Если вы являетесь личным представителем участника, укажите это ниже. Кроме того, 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:

CHW прекратит использование или предоставление доступа к вашей медицинской информации после получения и обработки настоящего распоряжения. Отправьте его почтой по указанному ниже адресу. Если потребуется помощь, позвоните по указанному ниже номеру.


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: Health Net 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.