

ទំរង់បំពេញសំណើសុំ ការប្រស្រ័យទាក់ទងជាសង្ហាត



Health Net, LLC* (Health Net) ចង់ឲ្យអ្នកដឹង ថាអ្នកមានជំរើសអំពី ព័ត៌មានសុខភាពត្រូវបានការពារ (Protected Health Information, PHI) របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើ Health Net ឲ្យធ្វើការប្រស្រ័យទាក់ទងអ្វីមួយ ដែលមាន PHI ទៅអ្នកផ្ទាល់ ជាជាងធ្វើទៅអ្នកជាប់បឋម នូវច្បាប់សន្យារ៉ាប់រងសុខភាពនៃគ្រួសាររបស់អ្នក។

ច្បាប់រដ្ឋ California ចែងថា៖ “សេវាងាយរងចិត្ត មានន័យថា៖ សេវាថែទាំសុខភាពទាំងអស់ ទាក់ទងនឹងសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬគ្រិយាបថ, សេពសន្ថវៈ និងសុខភាពការបន្តពូជ, ជំងឺឆ្លងតាមការសេពកាម, វិបត្តិសេពគ្រឿងញៀន, ការថែទាំបញ្ជាក់ ភ័នភេទ, និងដៃគូរួមសង្វាសយោរយោ”។

PHI គឺជាព័ត៌មានសុខភាព អំពីអ្នក។ ឧទាហរណ៍នៃការប្រស្រ័យទាក់ទង ដែលមាន PHI គឺ៖

- ប្រាប់ដំណឹងនូវ ការពន្យល់នៃអត្ថប្រយោជន៍ (Explanation of Benefit, EOB)។
- ព័ត៌មានអំពីការណាត់ជួបរបស់អ្នក។
- ការបដិសេធន៍បណ្តឹងសំណង, សំណើសុំព័ត៌មានថែទាំ អំពីបណ្តឹងសំណង, និងប្រាប់ដំណឹងនូវ បណ្តឹងសំណង ដែលបានជំទាស់។
- ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាននៃអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក, ការរៀបរាប់នូវសេវាបានផ្តល់ និងព័ត៌មានជួបពិគ្រោះផ្សេងទៀត។

កំណត់៖ បើសិនអ្នកមានអាយុលើសពី 12 ឆ្នាំ អ្នកមិនត្រូវការយល់ព្រម ពីអ្នកជាប់បឋម នៃគំរោងការរ៉ាប់រងសុខភាព នៃ គ្រួសាររបស់អ្នក ដើម្បីធ្វើសំណើសុំការប្រស្រ័យទាក់ទងជាសង្ហាតឡើយ។

សូមបំពេញទំរង់បំពេញនេះ បើសិនអ្នកចង់ឲ្យយើង ធ្វើការប្រស្រ័យទាក់ទង ដែលមាន PHI ទៅអ្នកតែម្តង ជាជាងទៅអ្នក ជាវ។ ការប្រស្រ័យទាក់ទង នឹងបានធ្វើទៅអាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ ឬអ៊ីមែល ដោយឡែក។ (សូមកំណត់ មិនមែនការ ប្រស្រ័យទាក់ទងទាំងអស់ អាចបានធ្វើទៅអ្នក តាមរយៈអ៊ីមែលបានឡើយ)។ បើសិនអ្នកប្រាថ្នាចង់មើលព័ត៌មាន ដែលចុះ រាយខាងលើ តាមអនឡាញ សូមទ្រុកចូលទៅច្រកគេហទំព័រវិបតថេរបស់យើង នៅ www.healthnet.com ឬ www.myhealthnetca.com។

សូមធ្វើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬតាមទូរសារ នូវទំរង់បំពេញបាន បំពេញចប់ ទៅ Health Net។
អនុញ្ញាតដល់ទៅ 14 ថ្ងៃ សំរាប់យើង ដើម្បីគិតគូរសំណើរបស់អ្នក។

- ✉ **ប្រៃសណីយ៍៖** Health Net – Privacy Office
PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103
- ☎ **ទូរសារ៖** (818) 676-8314, Attention: Health Net Privacy Office

យើងនៅទីនេះដើម្បីជួយ!
សូមហៅ ឬផ្ញើអ៊ីមែលមកយើង បើអ្នកមានសំណួរអ្វី។

- 📞 **ទូរស័ព្ទ៖** មើលលេខទូរស័ព្ទ នៅខាងខ្នងនៃប័ណ្ណ ID សមាជិករបស់អ្នក។
- ✉ **អ៊ីមែល៖** Privacy@HealthNet.com

ឱវាទ!

បើសិនអ្នកប្តូរការចុះឈ្មោះ របស់អ្នក ទៅគំរោងមួយទៀត អ្នកនឹងត្រូវបំពេញទំរង់បំពេញ នេះម្តងទៀត ក្រោមប័ណ្ណ ID សមាជិកថ្មីរបស់អ្នក។

ទំនៀមទម្លាប់ការប្រើប្រាស់សំណើសុំ ការប្រើប្រាស់យោធាទាក់ទងជាសង្គតិ



| ព័ត៌មានរបស់អ្នក៖ | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------|
| នាមខ្លួន៖ | នាមត្រកូល៖ | ខែថ្ងៃឆ្នាំកើត៖ |
| លេខ ID អ្នកជំងឺ៖ | លេខទូរស័ព្ទ៖ ទីកន្លែងដើម្បីហៅ បើសិនយើងមានសំណួរ? | |
| បាទ/ចាស! សូមធ្វើការប្រើប្រាស់យោធាទាក់ទង ដែលមាន PHI របស់ខ្ញុំ មកអាសយដ្ឋាន និង/ឬ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលនេះ៖ | | |
| អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍៖ | | |
| ក្រុង៖ | រដ្ឋ៖ | ស៊ីប៖ |
| អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖ | | |
| ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ និងទទួលស្គាល់ ថាព័ត៌មានខាងលើ គឺពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវ៖ | | |
| ហត្ថលេខា៖ | កាលបរិច្ឆេទ៖ | |

កំណត់៖ សំណើសុំការប្រើប្រាស់យោធាទាក់ទងជាសង្គតិ ត្រូវមានសុពលភាពរហូតទាល់តែ សមាជិកបញ្ជូនសំណើសុំដកហូត ឬ បានបញ្ជូនសំណើសុំ ការប្រើប្រាស់យោធាទាក់ទងជាសង្គតិថ្មី។

បើសិនអ្នកកំពុងតែចុះហត្ថលេខា សំរាប់សមាជិក សូមរៀបរាប់ទំនាក់ទំនង របស់អ្នកខាងក្រោម។ បើសិនអ្នក ជា អ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួនរបស់សមាជិក សូមរៀបរាប់ខាងក្រោមនេះ និងផ្ញើឲ្យយើងនូវសំណើនៃទំនងបំពេញទាំងនោះ (ដូចជា អំណាចនៃមេធាវី ឬបទបញ្ជាភាពអាណាព្យាបាល)។

| ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ និងទទួលស្គាល់ ថាព័ត៌មានខាងលើ គឺពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវ៖ | |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------|
| ឈ្មោះអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន៖ (សូមសរសេរអក្សរពុម្ព) | |
| រៀបរាប់ទំនាក់ទំនង៖ | |
| ទំនាក់ទំនងជាមួយសមាជិក៖ (សូមសរសេរអក្សរពុម្ព) | |
| ហត្ថលេខាអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន៖ | |
| ហត្ថលេខា៖ | កាលបរិច្ឆេទ៖ |

*Health Net Community Solutions, Inc., Health Net of California, Inc., និង Health Net Life Insurance គឺជាសាខានៃ Health Net, LLC, ជាសាខានៃ Centene Corporation ។ Health Net, គឺជាសញ្ញាសេវាដែលបានចុះបញ្ជីនៃ Health Net, LLC. ។ ព្រឹត្តិការណ៍សញ្ញាសេវាទាំងអស់ផ្សេងទៀតដែលបានសគាល នៅតែជាកម្មសិទ្ធិនៃក្រុមហ៊ុនផ្សេងៗខ្លួន របស់គេ ដដែល។ រក្សាសិទ្ធិគ្រប់យ៉ាង។

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 (1-800-675-6110 (TTY: 711) 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, գանգահարեք 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 និងឯកសារព្រឹត្តិជាអក្សរខ្នាតធំក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។ 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 1-800-675-6110 (TTY: 711) 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.