



**В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНЫ СПОСОБЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ СПОСОБЫ ПОЛУЧЕНИЯ ДОСТУПА К ДАННОЙ ИНФОРМАЦИИ.
*ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ.***

Дата вступления в силу: **08.14.2017**

Обязанности организаций, на которые распространяется действие данного Уведомления:

Health Net** (далее именуемая «мы» или «План») — организация, на которую распространяется действие данного Уведомления, как она определена и регулируется в соответствии с Законом от 1996 года об охране и ответственности за информацию, полученную в результате медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). План Health Net обязан по закону сохранять конфиденциальность вашей защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI), предоставлять вам данное Уведомление о наших правовых обязанностях и правилах защиты конфиденциальности в отношении вашей защищенной медицинской информации, соблюдать условия действующего Уведомления, и информировать вас в случае нарушения конфиденциальности вашей защищенной медицинской информации. Защищенная медицинская информация — это информация о вас, в том числе демографические сведения, которая может быть на законных основаниях использована для установления вашей личности и которая относится к вашему прошлому, настоящему или будущему физическому или психическому здоровью или состоянию, связана с предоставлением вам медицинского обслуживания или с оплатой за такое обслуживание.

В данном Уведомлении описаны способы использования и раскрытия вашей защищенной медицинской информации. В нем также описаны ваши права на доступ, изменение и управление вашей защищенной медицинской информацией, а также способы реализации этих прав. Все иные способы использования и раскрытия вашей защищенной медицинской информации, не описанные в данном Уведомлении, возможны только с вашего письменного разрешения.

****Настоящее Уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности применяется к участникам любой из перечисленных организаций компании Health Net:**

Health Net of California, Inc., Health Net Community Solutions, Inc., Health Net Health Plan of Oregon, Inc., Managed Health Network, LLC и Health Net Life Insurance Company, которые являются филиалами компании Health Net, Inc. и корпорации Centene Corporation. Health Net является зарегистрированным знаком обслуживания компании Health Net, Inc. Все другие идентифицирующие товарные знаки/знаки обслуживания являются собственностью соответствующих обладателей. Все права защищены.

Ред. 04/06/2018

FLY019961RH00 (11/17)

План Health Net оставляет за собой право вносить изменения в данное Уведомление. Мы оставляем за собой право распространять действие пересмотренного или измененного Уведомления на уже имеющуюся защищенную медицинскую информацию, а также на любую вашу информацию, которую мы получим в будущем. План Health Net оперативно пересмотрит и распространит данное Уведомление в случае существенных изменений относительно следующего:

- Использование или раскрытие информации
- Ваши права
- Наши правовые обязанности
- Иные правила защиты конфиденциальности, указанные в уведомлении

Все пересмотренные Уведомления будут доступны на нашем веб-сайте и в нашем Справочнике участника.

Внутренняя безопасность защищенной медицинской информации, представленной в устной, письменной и электронной формах:

План Health Net обеспечивает безопасность вашей защищенной медицинской информации. Для этого у нас есть способы обеспечения конфиденциальности и безопасности такой информации.

Вот некоторые из них.

- Мы объясняем сотрудникам, как следует обеспечивать конфиденциальность и безопасность.
- Мы требуем от наших деловых партнеров обеспечивать конфиденциальность и безопасность информации.
- Мы обеспечиваем безопасность в наших офисах.
- Мы обсуждаем вашу защищенную медицинскую информацию только по деловым соображениям и с теми людьми, которым положено знать эту информацию.
- Мы обеспечиваем безопасность вашей защищенной медицинской информации при ее передаче или хранении в электронном виде.
- Мы используем технологии для предотвращения несанкционированного доступа к вашей защищенной медицинской информации.

Допустимое использование и раскрытие вашей защищенной медицинской информации:

Ниже представлен перечень способов использования или раскрытия вашей защищенной медицинской информации без вашего разрешения или утверждения:

- **Лечение** — мы можем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию вашему лечащему врачу или другому поставщику медицинских услуг для координации вашего лечения среди поставщиков или с тем, чтобы принять решение о предварительном разрешении относительно ваших льгот.
- **Оплата** — мы можем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для оплаты льгот за предоставленные вам медицинские услуги. Мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в целях оплаты услуг другого плана медицинского страхования, поставщика медицинских услуг или другой организации, которая подпадает под действие федеральных Правил о защите конфиденциальности. Расчетные операции могут включать следующее:

- обработка заявок
- установление соответствия критериям или страховое покрытие заявок
- выдача счетов на оплату страховых взносов
- пересмотр услуг по медицинским показаниям
- проведение оценки выполнения заявок
- **Операции по медицинскому обслуживанию** — мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для осуществления операций по медицинскому обслуживанию. Такие операции могут включать следующее:
 - предоставление услуг клиентам
 - ответы на жалобы и апелляции
 - ведение пациентов и координирование медицинского обслуживания
 - проведение медицинской проверки заявок и другой оценки качества
 - действия, направленные на улучшение обслуживания

В процессе осуществления операций по медицинскому обслуживанию мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию деловым партнерам. С этими партнерами у нас будут заключены письменные соглашения об обеспечении конфиденциальности вашей защищенной медицинской информации. Мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию другим организациям, которые подпадают под действие федеральных Правил по защите конфиденциальности. Организация также должна быть вовлечена в операции по вашему медицинскому обслуживанию. К таким операциям относится следующее:

- оценка качества и действия, направленные на улучшение обслуживания
- проведение экспертизы в отношении компетентности и квалификации медицинских работников
- ведение пациентов и координирование медицинского обслуживания
- обнаружение и предотвращение случаев мошенничества и жестокого обращения
- **План группового медицинского страхования/раскрытие информации спонсору плана** — мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию спонсору плана группового медицинского страхования, например, работодателю или другой организации, предоставляющей вам программу медицинского обслуживания, если спонсор согласится с определенными ограничениями на то, как он будет использовать или раскрывать защищенную медицинскую информацию (например, согласие не использовать защищенную медицинскую информацию для осуществления действий или принятия решений, связанных с занятостью).

Другие разрешенные или обязательные формы раскрытия вашей защищенной медицинской информации:

- **Мероприятия по сбору средств** — мы можем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для мероприятий по сбору средств, например, по сбору средств для благотворительного фонда или аналогичной организации с целью содействия в финансировании их деятельности. Если мы свяжемся с вами относительно мероприятий по сбору средств, у вас будет возможность отказаться или прекратить получение таких сообщений в будущем.
- **Цели страхового покрытия** — мы можем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для целей страхового покрытия,

например, для принятия решения по заявлению или запросу на покрытие. Если мы используем или раскрываем вашу защищенную медицинскую информацию для целей страхового покрытия, нам запрещено использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию, которая представляет собой генетическую информацию, в процессе принятия решения по страховому покрытию.

- **Напоминания о приеме/альтернативы лечения** — мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию, чтобы напомнить вам о приеме для прохождения лечения или медицинского обслуживания у нас или чтобы предоставить вам информацию об альтернативах лечения или других медицинских льготах и услугах, например, информацию о том, как бросить курить или похудеть.
- **В соответствии с требованиями закона** — если согласно законодательству на федеральном, местном уровне и/или уровне штата требуется использование или раскрытие вашей защищенной медицинской информации, мы можем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в той степени, в которой использование или раскрытие соответствует такому законодательству и ограничивается требованиями такого законодательства. В случае противоречия между двумя или более законами или постановлениями, регулирующими использование или раскрытие информации, мы будем действовать в рамках того закона или постановления, которое требует наименьший объем раскрытия информации.
- **Общественное здравоохранение** — мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию органам общественного здравоохранения для предотвращения или контроля заболеваний, травм или инвалидности. Мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию Управлению по надзору за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств (Food and Drug Administration, FDA) для обеспечения качества, безопасности или эффективности продуктов или услуг, находящихся под юрисдикцией FDA.
- **Жертвы жестокого обращения и халатности** — мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию местному, федеральному органу власти или органу власти штата, в том числе социальным службам или уполномоченным законом службам безопасности, для получения таких отчетов, если у нас есть обоснованное предположение относительно злоупотребления, жестокого обращения или домашнего насилия.
- **Судебные и административные разбирательства** — мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в ходе судебных и административных разбирательств. Мы также можем раскрыть информацию в ответ на следующее:
 - приказ суда
 - административный трибунал
 - судебная повестка
 - вызов в суд
 - ордер
 - судебный запрос документов
 - аналогичный юридический запрос
- **Правоохранительные органы** — мы можем раскрывать вашу соответствующую защищенную медицинскую информацию правоохранительным органам в случаях, когда это требуется. Например, в ответ на следующее:

- судебный приказ
- судебный ордер
- судебная повестка
- вызов в суд, выданный судебным работником
- повестка суда присяжных

Мы также можем раскрывать вашу соответствующую защищенную медицинскую информацию с тем, чтобы установить личность или найти подозреваемого, беглеца, важного свидетеля или пропавшего без вести.

- ***Судебные следователи, судебно-медицинские эксперты и сотрудники бюро ритуальных услуг*** — мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию судебному следователю или судебно-медицинскому эксперту. Это может потребоваться, например, для установления причины смерти. Мы также можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию сотрудникам бюро ритуальных услуг, если это необходимо для выполнения их обязанностей.
- ***Донорство органов, глаз и тканей*** — мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию организациям трансплантационной координации. Мы также можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию тем, кто работает в сфере координации, консервации или трансплантации следующего:
 - органы умерших людей
 - глаза
 - ткани
- ***Угрозы здоровью и безопасности*** — мы можем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию, если обосновано считаем, что использование или разглашение необходимо для предотвращения или уменьшения серьезной или непосредственной угрозы здоровью или безопасности человека или населения.
- ***Специализированные правительственные функции*** — если вы являетесь членом вооруженных сил США, мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию по требованию органов военного командования. Мы также можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию:
 - уполномоченным федеральным должностным лицам по вопросам национальной безопасности и разведки
 - Департаменту штата по определению медицинской пригодности
 - охранным службам президента или другим уполномоченным лицам
- ***Компенсация работникам*** — мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для соблюдения законов, касающихся компенсации работникам или других установленных законом аналогичных программ, в рамках которых предоставляются льготы в случаях профессиональных травм или болезней без учета вины сторон.
- ***Чрезвычайные ситуации*** — мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию члену семьи, близкому другу, уполномоченному агентству по оказанию помощи при бедствиях или любому другому лицу, которое вы ранее указали, в чрезвычайной ситуации или в случае вашей недееспособности или отсутствия. Мы будем полагаться на профессиональное суждение и опыт, чтобы определить, соответствует ли раскрытие информации вашим интересам.

Если раскрытие информации соответствует вашим интересам, мы раскроем только ту защищенную медицинскую информацию, которая имеет непосредственное отношение к участию человека в вашем лечении.

- **Заклученные** — если вы заключенный и находитесь в исправительном учреждении или следственном изоляторе, мы можем отправить вашу защищенную медицинскую информацию в исправительное учреждение или следственный изолятор, если такая информация необходима учреждению для оказания вам медицинского обслуживания или для целей защиты вашего здоровья или безопасности, здоровья или безопасности других лиц или для обеспечения безопасности и защиты исправительного учреждения.
- **Исследования** — мы можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию исследователям при определенных обстоятельствах, когда их клиническое исследование утверждено и установлены определенные меры безопасности для обеспечения конфиденциальности и защиты вашей защищенной медицинской информации.

Формы использования и раскрытия вашей защищенной медицинской информации, которые требуют вашего письменного разрешения

Мы обязаны получить ваше письменное разрешение на использование или раскрытие вашей защищенной медицинской информации, с учетом некоторых исключений, по следующим причинам:

Продажа защищенной медицинской информации — мы запросим ваше письменное разрешение до раскрытия какой-либо информации, которое будет считаться продажей вашей защищенной медицинской информации, т.е. мы получим компенсацию за раскрытие защищенной медицинской информации.

Маркетинг — мы запросим ваше письменное разрешение на использование или раскрытие вашей защищенной медицинской информации для маркетинговых целей с учетом некоторых исключений, например, при ведении личных маркетинговых переговоров с вами или при предоставлении рекламной продукции по символической цене.

Записи о психотерапевтическом лечении — мы запросим ваше письменное разрешение на использование или раскрытие любых ваших записей о психотерапевтическом лечении, которые могут храниться в нашем архиве, с учетом некоторых исключений, например, для определенного лечения, оплаты или медицинского обслуживания.

Права человека

Ниже перечислены ваши права в отношении вашей защищенной медицинской информации. Если вы хотите использовать любые из следующих прав, свяжитесь с нами, используя информацию, представленную в конце данного Уведомления.

- **Право на отзыв разрешения** — вы можете отозвать свое разрешение в любое время; отзыв разрешения должен быть оформлен в письменной форме. Отзыв вступает в силу незамедлительно, за исключением случаев, когда мы уже предприняли действия в зависимости от разрешения и до того, как мы получили ваш письменный отзыв.
- **Право требовать ограничения** — вы вправе требовать ограничения на использование и раскрытие вашей защищенной медицинской информации для

лечения, оплаты или медицинского обслуживания, а также раскрытие информации лицам, участвующим в вашем обслуживании или оплате за ваше обслуживание, например, членам семьи или близким друзьям. В вашем требовании должны быть указаны требуемые вами ограничения, а также лица, к которым применяются ограничения. Мы не обязаны соглашаться на такое требование. В случае нашего согласия мы выполним ваше требование на ограничение, за исключением случаев, когда информация необходима для предоставления вам экстренного лечения. Однако мы ограничим использование или раскрытие защищенной медицинской информации плану медицинского страхования при платежах или медицинском обслуживании, если вы полностью оплатили услугу или продукцию за свой счет.

- ***Право запрашивать конфиденциальные средства общения*** — вы вправе требовать, чтобы мы общались с вами о вашей защищенной медицинской информации с помощью альтернативных средств или в других местах. Это право применяется только в следующих случаях: (1) в сообщениях раскрывается медицинская информация или имя поставщика и адрес, имеющий отношение к получению конфиденциальных услуг, или (2) раскрытие всей или части медицинской информации или имени и адреса поставщика может поставить вас под угрозу, если об этом не будет сообщено альтернативными средствами или в другом месте по вашему усмотрению. Вам не нужно объяснять причину вашего требования, но в нем должно быть четко указано, что либо в сообщении раскрывается медицинская информация или имя поставщика и адрес, касающийся получения конфиденциальных услуг, или такое раскрытие всей или части медицинской информации или имени и адреса поставщика может представлять для вас угрозу, если средства или место связи не будет изменено. Мы должны утвердить ваше требование, если оно является обоснованным и в нем указаны альтернативные способы или место, куда должна быть доставлена ваша защищенная медицинская информация.
- ***Право на получение копий вашей защищенной медицинской информации*** — вы вправе, за некоторыми исключениями, просматривать или получать копии вашей защищенной медицинской информации, содержащиеся в определенном комплекте документов. Вы можете потребовать, чтобы мы предоставили копии в формате, отличном от фотокопий. Мы будем использовать запрошенный вами формат, кроме случаев, когда это невозможно с практической точки зрения. Вы должны предоставить требование в письменной форме, чтобы получить доступ к своей защищенной медицинской информации. Если мы отклоним ваше требование, мы предоставим вам письменное объяснение, в котором расскажем вам о том, возможен ли пересмотр причин отказа, и предоставим информацию о том, как запросить такой пересмотр, или расскажем о невозможности пересмотра решения об отказе.
- ***Право на внесение изменений в защищенную медицинскую информацию*** — вы вправе потребовать внесения изменений или корректировок в вашу защищенную медицинскую информацию, если считаете, что в ней содержатся неправильные сведения. Ваше требование должно быть представлено в письменной форме и включать объяснение, почему в эту информацию следует внести изменения. Мы можем отклонить ваше требование по определенным причинам: например, если информацию, которую вы хотите изменить, составляли не мы, и составитель защищенной медицинской информации может внести это изменение. В случае отклонения вашего требования мы предоставим вам письменное объяснение. Вы можете предоставить ответ с заявлением о своем несогласии с нашим решением, и мы приложим ваше заявление к защищенной медицинской информации, в которую вы просите внести изменения. В случае принятия вашего требования об изменении информации мы примем соответствующие меры для информирования других лиц, в

том числе указанных вами людей, об изменении и включения этих изменений в информацию, которая будет раскрываться в будущем.

- ***Право на получение отчета о раскрытии информации*** — вы вправе получать перечень случаев за последние 6 лет, за которые мы или наши деловые партнеры раскрывали вашу защищенную медицинскую информацию. Это не распространяется на раскрытие информации для лечения, оплаты, медицинского обслуживания или разрешенного вами раскрытия информации, а также на некоторые другие мероприятия. Если вы запрашиваете этот отчет более одного раза в течение 12 месяцев, мы можем взимать с вас соответствующий сбор с учетом затрат на ответ на эти дополнительные запросы. Мы предоставим вам дополнительную информацию о наших сборах по вашему требованию.
- ***Право на подачу жалобы*** — если вы считаете, что ваши права на неприкосновенность частной жизни были нарушены, или что мы скомпрометировали свои методы обеспечения конфиденциальности, вы можете подать нам жалобу в письменной форме или по телефону, используя контактную информацию в конце данного Уведомления.

Вы также можете подать жалобу в секретариат отдела гражданских прав Департамента здравоохранения и социального обеспечения США, отправив письмо по адресу: 200 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20201, позвонив по телефону 1-800-368-1019 (TTY: 1-866-788-4989) или посетив веб-сайт по адресу www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.

МЫ НЕ БУДЕМ ПРЕДПРИНИМАТЬ НИКАКИХ ДЕЙСТВИЙ ПРОТИВ ВАС ЗА ПОДАЧУ ЖАЛОБЫ.

- ***Право на получение копии данного Уведомления*** — вы можете запросить копию нашего Уведомления в любое время, используя контактную информацию в конце Уведомления. Если вы получили данное Уведомление на нашем веб-сайте или по электронной почте (e-mail), вы также вправе запросить бумажную копию Уведомления.

Контактная информация

Если у вас есть какие-либо вопросы о данном Уведомлении, наших методах обеспечения конфиденциальности в отношении вашей защищенной медицинской информации или о том, как реализовать ваши права, вы можете связаться с нами в письменной форме или по телефону, используя указанную ниже контактную информацию.

Отдел по обеспечению конфиденциальности плана Health Net

Attn.: Privacy Official
PO Box 9103
Van Nuys, CA 9140

Телефон: 1-855-464-3571 в Los Angeles
1-855-464-3572 в San Diego
(TTY: 711)
Факс: 1-818-676-8314
Эл. почта: Privacy@healthnet.com

УВЕДОМЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ФИНАНСОВОЙ ИНФОРМАЦИИ

В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНЫ СПОСОБЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШЕЙ **ФИНАНСОВОЙ ИНФОРМАЦИИ**, А ТАКЖЕ СПОСОБЫ ПОЛУЧЕНИЯ ДОСТУПА К ДАННОЙ ИНФОРМАЦИИ. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ.

Мы обязуемся обеспечивать конфиденциальность вашей личной финансовой информации. В рамках данного уведомления под «личной финансовой информацией» подразумевается информация об участнике плана или претенденте на медицинское страховое покрытие, которая идентифицирует данное лицо, не предоставляется для общего доступа и получена от лица или в связи с предоставлением ему медицинского страхового покрытия.

Собираемая нами информация: Мы собираем личную финансовую информацию о вас из следующих источников:

- информация, которую мы получаем от вас в заявлениях или других формах, например, имя, адрес, возраст, медицинская информация и номер социального страхования;
- информация о ваших транзакциях, проводимых с нами, нашими аффилированными субъектами или другими лицами, например, данные об оплате страховых взносов и история подачи жалоб; и
- информация из отчетов для потребителей.

Раскрытие информации: Мы не раскрываем личную финансовую информацию о наших нынешних или бывших участниках третьим лицам, за исключением случаев, когда это требуется или разрешено законом. Например, в ходе осуществления нашей общей коммерческой деятельности мы можем, в установленных законом рамках, раскрывать любую личную финансовую информацию, которую мы собираем о вас, без вашего разрешения, следующим типам учреждений:

- нашим аффилированным субъектам, например, другим страховым компаниям;
- неаффилированным субъектам для решения наших ежедневных коммерческих задач, например, для обработки ваших транзакций, ведения счета (счетов) или ответа на судебные распоряжения и предусмотренные законом расследования; и
- неаффилированным субъектам, которые выполняют услуги вместо нас, в том числе отправляют рекламные сообщения от нашего имени.

Конфиденциальность и безопасность: В соответствии с применимыми федеральными стандартами и стандартами штата мы используем физические, электронные и процедурные средства защиты вашей личной финансовой информации от таких рисков, как утрата, уничтожение или неправильное использование. Эти меры включают в себя средства защиты данных в компьютерах, обеспечение защиты данных в архивах и зданиях, а также ограничения в отношении лиц, имеющих доступ к вашей личной финансовой информации.

Вопросы о данном Уведомлении:

Если у вас есть вопросы о данном Уведомлении:

Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному на обратной стороне вашего удостоверения личности, или свяжитесь с планом Health Net по телефону 1-855-464-3571 в Los Angeles или 1-855-464-3572 в San Diego (TTY: 711).

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 बोलत 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 कर।

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 ដោយមិនគិតល្អិត 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).