

Згода на отримання текстових повідомлень

Будь ласка, заповніть усі частини цієї форми та надішліть на адресу textconsent@magellanhealth.com або факсом на номер 866-667-7744.

Підписуючи цей документ, ви дозволяєте компанії Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc. (Magellan) надсилати вам текстові повідомлення, такі як поради щодо здоров'я, нагадування про призначення або поповнення, а також інші медичні повідомлення, які можуть містити вашу медичну інформацію. Компанія Magellan не стягує жодної плати за надсилання текстових повідомлень, але такі стягнення можуть бути передбачені вашим тарифним планом. Щоб припинити розсилання текстових повідомлень, ви можете відправити слово «СТОП», щоб скасувати їх у будь-який час.

Номер мобільного телефону (включаючи код міста) для отримання текстових повідомлень:

Прізвище учасника: _____ Ім'я учасника: _____

Ідентифікаційний номер
учасника програми медичної
допомоги: _____ Дата народження
учасника: _____

Адреса учасника: _____

Місто: _____ Країна: _____ Поштовий
індекс: _____Перевірте: Я учасник, **АБО** Я маю законне право діяти від імені учасника.Я один з його/її батьків **АБО** опікун, **АБО**

Перевірте: інше: _____

Я **даю згоду** отримувати текстові повідомлення, а саме поради щодо здоров'я, нагадування про призначення або поповнення, а також інші медичні повідомлення, які можуть містити медичну інформацію для мене. Я розумію, що текстові повідомлення не матимуть гарантії безпеки, і їх може переглядати кожен, хто користується моїм телефоном. Якщо я втрачу телефон або зміню номер, то повідомлю компанію Magellan.

Підпис або відмітка учасника _____ Дата _____

Термін «**Уповноважений представник**» означає, що ви маєте юридичні права діяти від імені цієї особи. Представник ставить підпис за людину, яка за законом не може зробити це самостійно. Якщо ви ставите підпис від імені учасника, заповніть наведений нижче розділ. **Якщо учаснику менше 18 років**, підпис нижче **має** поставити один з батьків або опікун на додаток до підпису неповнолітньої особи.

Підпис уповноваженого представника _____ Дата _____

Розшифровка підпису
уповноваженої особи: _____Ким доводиться
учаснику: _____



Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc.
Регульоване медичне обслуговування для Pennsylvania HealthChoices
округів Bucks, Cambria, Lehigh, Montgomery і Northampton

Згода на отримання текстових повідомлень

Повна
адреса: _____

Номер
телефону: _____

Якщо у вас є питання, будь ласка, зв'яжіться з компанією Magellan за адресою:

Округ Bucks
877-769-9784

Округ Cambria
800-424-0485

Округ Lehigh
866-238-2311

Округ Montgomery
877-769-9782

Округ Northampton
866-238-2312

Учасники з вадами слуху можуть зв'язатися з нами за допомогою PA Relay 7-1-1.