



Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc.
Координирование медицинского обслуживания для Pennsylvania
HealthChoices

Округа Bucks, Cambria, Lehigh, Montgomery и Northampton

Согласие на получение текстовых сообщений

Заполните все части этой формы и отправьте ее на электронный адрес textconsent@magellanhealth.com или по факсу 866-667-7744.

Подписывая данный документ, вы даете Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc. (Magellan) свое согласие на отправку вам текстовых сообщений, таких как советы по уходу за здоровьем, напоминания о приемах или пополнении запаса препарата и прочих сообщений о здоровье, которые могут содержать вашу медицинскую информацию. Magellan не взимает плату за отправку текстовых сообщений, но ваш тарифный план может это сделать. Чтобы отказаться от рассылки текстовых сообщений, вы можете в любое время отправить ответное сообщение со словом «STOP» («СТОП»).

Номер сотового телефона (включая зонный код) для приема текстовых сообщений:

Фамилия участника: _____

Имя участника: _____

Идентификационный номер

участника программы

Медицинской помощи: _____

Дата рождения

участника: _____

Адрес участника: _____

Город: _____

Штат: _____

Почтовый индекс: _____

Отметьте

один

вариант: Я являюсь участником, **ИЛИ** имею законное право действовать от имени этого лица.

Отметьте

один

вариант: Я его/ее Родитель, **ИЛИ** Опекун, **ИЛИ**

Другое: _____

Я даю свое **согласие** на получение текстовых сообщений с советами по уходу за здоровьем, напоминаниями о приемах или пополнении запаса препарата и прочих сообщений о здоровье, которые могут содержать мою медицинскую информацию. Я понимаю, что отправка текстовых сообщений не защищена, и они могут быть просмотрены тем, кто пользуется моим телефоном. Если я потеряю свой телефон или поменяю свой номер, я уведомя Magellan об этом.

Подпись или знак участника

Дата



Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc.
Координирование медицинского обслуживания для Pennsylvania
HealthChoices
Округа Bucks, Cambria, Lehigh, Montgomery и Northampton
Согласие на получение текстовых сообщений

Термин «Уполномоченный представитель» означает, что вы имеете законное подтверждение права действовать от имени данного лица. Представитель ставит подпись за то лицо, которое не в состоянии сделать это самостоятельно. Если вы подписываете документ от имени участника, заполните раздел ниже. Если участник младше 18 лет, родитель или опекун обязан поставить подпись ниже, в дополнение к подписи несовершеннолетнего.

Подпись уполномоченного представителя _____ Дата _____

Имя и фамилия уполномоченного лица печатными буквами: _____

Кем приходится участнику: _____

Полный адрес: _____

Номер телефона: _____

Если у вас есть вопросы, свяжитесь с Magellan по номерам:

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

Участники с нарушениями слуха могут связаться с нами с помощью PA Relay по номеру 7-1-1.