

Գաղտնի հաղորդումների չեղարկման խնդրանքի ձև



Խնդրում եմ ջնջել կամ չեղարկել Գաղտնի հաղորդումների խնդրանքը (Confidential Communication Request), որը տվել էի Health Net, LLC.-ին հետևյալի վերաբերյալ՝

- Հաշվի հետ կապված հաղորդում (հաղորդագրություններ, կանխազգուշացումներ, և այլն)
- Բժշկական տեղեկություններ
- Չգայուն ծառայություններ

Սա պետք է գործուն դառնա ստորև նշված ամսաթվին:

Ձեր տվյալները՝		
Անուն՝	Ազգանուն՝	Ծննդյան ամսաթիվ՝
Բաժանորդի ճանաչողական համար՝		Հեռախոսի համար՝ Որտե՞ղ զանգահարել Ձեզ, եթե հարցեր ունենք:
Փոստային հասցե՝		
Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային թվանիշ՝
Էլ. փոստի հասցե՝		

Կալիֆորնիայի օրենքը հայտարարում է՝ «Չգայուն ծառայությունները նշանակում է՝ բոլոր առողջական խնամքի ծառայությունները, որոնք վերաբերում են հոգեկան կամ վարքագծային առողջությանը, սեռական և վերարտադրողական առողջությանը, սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակներին, թմրանյութերի օգտագործման խանգարմանը, սեռը հաստատող խնամքին և մտերիմ զուգընկերոջ բռնությանը»:

Առողջական տեղեկությունը ներառում է՝

- Նպաստների բացատրության (Explanation of Benefits, EOB) կանխազգուշացումներ և Ձեր ժամադրություններին վերաբերող տեղեկություն:
- Պահանջների մերժումներ: Պահանջների վերաբերյալ հավելյալ տեղեկության համար խնդրանքներ: Վիճարկված պահանջների վերաբերյալ կանխազգուշացումներ:
- Ձեր մատակարարի անունն ու հասցեն: Կատարված ծառայությունների մանրամասներն ու այցին վերաբերող այլ տեղեկություն:

Ես գիտեմ, որ իմ առողջական տեղեկությունը կարող է ուղարկված լինել նախընտրելի պահեստային հաղորդման գիծ:

Ես գիտեմ նաև, որ այս չեղարկումը տարածվում է միայն այն համաձայնության վրա, որը խնդրել էի նախքան պահեստային հաղորդումը:

Ես վկայում և հայտարարում եմ, որ վերը նշված տեղեկությունը ճշմարիտ է և ճիշտ:	
Ստորագրություն՝	Ամսաթիվ՝

(շարունակված)

Գաղտնի հաղորդումների չեղարկման խնդրանքի ձև



Եթե ստորագրում եք անդամի համար, նկարագրեք Ձեր հարաբերությունը ներքևում: Եթե անդամի անձնական ներկայացուցիչն եք, նկարագրեք դա ներքևում: Եվ մեզ ուղարկեք այդ ձևերի պատճենները (օրինակ՝ Լիազորագիր կամ Խնամակալության հրամանագիր):

Ես վկայում և հայտարարում եմ, որ վերը նշված տեղեկությունը ճշմարիտ է և ճիշտ:

Անձնական ներկայացուցչի անունը՝ (խնդրվում է տպատառով գրել)

Խնդրվում է նկարագրել հարաբերությունը՝

Հարաբերությունը անդամի հետ՝ (խնդրվում է տպատառով գրել)

Անձնական ներկայացուցչի ստորագրությունը՝

Ստորագրություն՝

Ամսաթիվ՝

Health Net-ը կդադարի օգտագործել կամ կիսել Ձեր առողջական տեղեկությունը՝ երբ ստանանք և ընթացքի մեջ դնենք այս ձևը: Օգտագործեք ներքևի փոստային հասցեն: Կարող եք նաև օգնության համար զանգահարել ներքևի համարով:

Խնդրվում է այս լրացված ձևը փոստով կամ ֆաքսով ուղարկել Health Net: Մեզ թույլ տվեք մինչև 14 օր՝ Ձեր խնդրանքն ընթացքի մեջ դնելու համար:

 **Փոստ՝** Health Net – Privacy Office
PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103

 **Ֆաքս՝** (818) 676-8314, Attention: Health Net Privacy Office

Մենք այստեղ ենք օգնելու՝ համար:

Խնդրվում է զանգահարել կամ էլ. փոստ ուղարկել մեզ, եթե հարցեր ունեք:

 **Հեռախոս՝** Տեսեք հեռախոսահամարը, որը գտնվում է Ձեր անդամի ճանաչողական բարտի ետնամասում:

 **Էլ. փոստ՝** Privacy@HealthNet.com

Խորհուրդ

Եթե անդամագրվեք ուրիշ ծրագրի, պարտավոր կլինեք այս ձևը նորից լրացնել Ձեր նոր անդամի ճանաչողական համարի ներքո:

*Health Net Community Solutions, Inc.-ը, Health Net of California, Inc.-ը և Health Net Life Insurance-ը դուստր ձեռնարկություններն են Health Net, LLC-ի և Centene Corporation-ի: Health Net-ը գրանցված ծառայողական նշանն է Health Net, LLC-ի: Բոլոր մյուս ճանաչված առևտրանիշերը/ծառայողական նշանները մնում են իրենց համապատասխան ընկերությունների սեփականությունը: Բոլոր իրավունքները վերապահված:

FRM640167MC01w (6/22)