

保密通訊撤銷申請表



我希望取消或撤銷之前向 Health Net, LLC 提交、關於以下各項的保密通訊申請表：

- 帳戶通訊 (訊息、通知等)
- 醫療資訊
- 敏感服務

應於以下所列日期起生效。

您的資訊：			
名字：	姓氏：	出生日期：	
投保人會員卡號碼：	電話號碼：我們有疑問想請問您時應該打哪個電話號碼？		
郵寄地址：			
城市：	州：	郵遞區號：	
電子郵件地址：			

加州法律規定：「敏感服務意指：所有關於精神健康或行為健康、性和生殖健康、性傳染病、物質使用失調、性別肯定照護，及親密伴侶暴力的醫療保健服務。」

健康資訊包括：

- 福利說明 (Explanation of Benefits, EOB) 通知及您的約診相關資訊。
- 拒絕理賠。索取更多理賠相關資訊的申請。爭議理賠通知。
- 您的醫療服務提供者的姓名 / 名稱和地址。提供之服務的詳情和其他門診資訊。

我知道我的健康資訊可能已寄送至首選的備用通訊方式。

我也知道此撤銷僅適用於在備用通訊前我所要求的同意。

我證明並確認上述資訊正確無誤：	
簽名：	日期：

(續)

保密通訊撤銷申請表



如果您代表會員簽名，請在下方說明您與會員的關係。如果您是會員的個人代表，請在下方說明。而且，請將相關表格 (例如授權書或監護權命令) 複本寄送給我們。

我證明並確認上述資訊正確無誤：

個人代表姓名：(請以正楷填寫)

請說明關係：

與會員的關係：(請以正楷填寫)

個人代表簽名：

簽名：

日期：

Health Net 收到本表格並處理完畢後，就會停止使用或分享您的健康資訊。請使用下方的郵寄地址。您也能撥打下方的電話號碼要求協助。

請填好本表格，然後郵寄或傳真給 Health Net。我們最多需要 14 天處理您的要求。



郵寄： Health Net – Privacy Office
PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103



傳真： (818) 676-8314，收件人：Health Net Privacy Office

我們可以協助您！

若您有任何疑問，請致電或寄電子郵件給本公司。



電話： 請參閱您會員卡背面的電話號碼。



電子郵件： Privacy@HealthNet.com

實用提示！

如果您的投保變更至其他計畫，您必須用您新的會員卡號碼重新填寫本表格。

*Health Net Community Solutions, Inc.、Health Net of California, Inc. 和 Health Net Life Insurance 是 Health Net, LLC 和 Centene Corporation 的子公司。Health Net 是 Health Net, LLC 的註冊服務標章。所有其他標示的商標/服務標章均為其各自公司的財產。保留所有權利。

FRM640167CC01w (6/22)