

فرم ابطال درخواست ارتباطات محرمانه

می‌خواهم درخواست ارتباط محرمانه‌ای را که به Health Net, LLC داده‌ام، لغو یا کنسل کنم. درخصوص:

- ارتباطات (پیام، هشدارها و غیره) حساب
- اطلاعات پزشکی
- خدمات حساس

این قرار است در تاریخ ذکر شده در زیر اعمال شود.

اطلاعات شما:		
نام:	نام خانوادگی:	تاریخ تولد:
شماره شناسه عضو:		شماره تلفن: اگر سوالی داشتیم از طریق چه شماره‌ای با شما تماس بگیریم؟
نشانی پستی:		
شهر:	ایالت:	کد پستی:
آدرس ایمیل:		

قانون کالیفرنیا می‌گوید: «خدمات حساس به این معناست: کلیه خدمات مراقبت‌های بهداشتی مرتبط با سلامت روان یا رفتار، سلامت جنسی و باروری، عفونت‌های مقاربتی، اختلال مصرف مواد، مراقبت‌های مشخص‌کننده جنسیت و مراقبت‌های مربوط به خشونت شریک عاطفی.»

اطلاعات بهداشتی شامل موارد زیر است:

- هشدارهای مربوط به توضیح مزایا (Explanation of Benefit, EOB) و اطلاعاتی در مورد نوبت‌های ملاقات شما
- رد مطالبات. درخواست‌ها برای اطلاعات بیشتر درخصوص مطالبات. هشدارهایی درباره مطالبات مورد مناقشه.
- نام و آدرس ارائه‌دهنده شما. جزئیات خدمات انجام شده و سایر اطلاعات ویزیت.

من می‌دانم که اطلاعات سلامتی من ممکن است به خط ارتباطی پشتیبان ترجیحی ارسال شده باشد. همچنین می‌دانم که این لغو فقط در مورد رضایتی که قبل از ارتباط پشتیبان درخواست کرده‌ام اعمال می‌شود.

گواهی می‌دهم و تأیید می‌کنم که اطلاعات فوق صحیح و درست است.	
امضاء:	تاریخ:

(ادامه)

فرم ابطال درخواست ارتباطات محرمانه



اگر از جانب عضو امضا می‌کنید، رابطه خود را در زیر شرح دهید. اگر نماینده شخصی عضو هستید، در پایین توضیح دهید. و رونوشت آن فرم‌ها را برای ما ارسال کنید (برای مثال، وکالت نامه یا حکم قیمومیت).

گواهی می‌دهم و تأیید می‌کنم که اطلاعات فوق صحیح و درست است.	
نام نماینده شخصی: (لطفاً چاپ کنید)	
لطفاً رابطه را توضیح دهید:	
ارتباط با عضو: (لطفاً چاپ کنید)	
امضای نماینده شخصی:	
امضاء:	تاریخ:

هنگامیکه این فرم را دریافت و به آن رسیدگی کردیم، Health Net استفاده از اطلاعات بهداشتی شما یا واگذاری آنرا را متوقف می‌کند. از نشانی پستی زیر استفاده کنید. همچنین می‌توانید برای دریافت کمک و راهنمایی با شماره زیر تماس بگیرید.

لطفاً این فرم تکمیل شده را به Health Net ایمیل یا فکس کنید. حداکثر 14 روز در نظر بگیرید تا به درخواست شما رسیدگی کنیم.

پست الکترونیکی: Health Net – Privacy Office

9103-91409 Van Nuys, CA ,9103 PO Box

فکس: Health Net Privacy Office، توجه: 8314-676 (818)

نکته!

اگر ثبت‌نام خود را به طرح دیگری تغییر دهید، باید این فرم را دوباره با شماره شناسه عضو جدید خود تکمیل کنید.

ما برای کمک اینجا هستیم!

لطفاً در صورت داشتن سوال با ما تماس بگیرید یا ایمیل بزنید.

تلفن: به شماره تلفن پشت کارت شناسایی عضو خود مراجعه کنید.

ایمیل: Privacy@HealthNet.com

*Health Net Community Solutions، Inc.، Health Net of California، Inc. و Health Net Life Insurance زیر مجموعه‌های Centene Corporation هستند. Health Net نشان خدماتی ثبت شده. Health Net، LLC است. کلیه علائم تجاری/خدماتی دیگر تحت مالکیت شرکت‌های مربوطه آنها باقی می‌مانند. کلیه حقوق محفوظ است.