

Health Net Dental: форма запроса конфиденциального обмена информацией



План Health Net Dental желает сообщить вам, что у вас есть возможность высказать свои предпочтения касательно передачи защищенной информации о здоровье (PHI). Вы можете обязать Health Net отправлять все сообщения, содержащие PHI, непосредственно вам.

Закон штата California гласит: «Конфиденциальные услуги — это все медицинские услуги, связанные с психическим здоровьем или поведенческими нарушениями, сексуальным и репродуктивным здоровьем, заболеваниями, передающимися половым путем, расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, медицинским обслуживанием для подтверждения гендерной идентичности и насилием со стороны сексуального партнера».

PHI — это медицинская информация о вас. Ниже приведены примеры сообщений, включающих PHI.


- Информация о ваших приемах у врачей.
- Отказы по страховым требованиям, запросы дополнительной информации о них, а также предупреждения об оспариваемых требованиях.
- Имя или название и адрес вашего поставщика услуг, описание оказанных услуг и другая информация о приеме.

Примечание. Если вам исполнилось 12 лет, вам не требуется одобрение основного страхователя в рамках плана, предоставляющего покрытие медицинского обслуживания для вашей семьи, чтобы запросить конфиденциальный обмен информацией.

Заполните эту форму, если хотите, чтобы мы отправляли сообщения, содержащие PHI, напрямую вам. Сообщения будут отправляться на отдельный адрес обычной или электронной почты. Посетите сайт www.hndental.com.


Позвоните или отправьте эту заполненную форму в Health Net.

Мы обрабатываем ваш запрос в течение 7–14 дней.

 **Почтовый адрес:** Health Net Dental – Quality Mgt. Dept.
PO Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110

Мы всегда готовы вам помочь!

Если у вас есть вопросы, позвоните нам.

 **Телефон:** Health Net Sacramento (GMC): 877-550-3868
(отдел обслуживания участников плана);
Health Net Los Angeles (PHP): 800-977-7307
(отдел обслуживания участников плана)

Совет!

Если вы зарегистрируетесь в другом плане, эту форму потребуется заполнить еще раз, используя ваш новый идентификационный номер участника.

Health Net Dental: форма запроса конфиденциального обмена информацией



Сведения о вас		
Имя:	Фамилия:	Дата рождения:
Идентификационный номер страхователя:	Телефон (куда звонить при возникновении вопросов):	
Да! Прошу отправлять сообщения, содержащие РИ, на указанный адрес обычной и/или электронной почты		
Почтовый адрес:		
Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Адрес электронной почты:		
Я заявляю и подтверждаю, что информация выше является правильной и точной		
Подпись:	Дата:	

Примечание. Запрос на конфиденциальный обмен информацией будет действителен, пока участник не отправит новый такой запрос или отзыв запроса.

Если вы ставите подпись за участника, ниже укажите, кем вы ему приходитесь. Если вы являетесь личным представителем участника, опишите это ниже и отправьте нам копии соответствующих форм (например, доверенности или постановления об опеке).

Я заявляю и подтверждаю, что информация выше является правильной и точной	
Имя личного представителя (печатными буквами):	
Опишите отношения	
Кем приходитесь участнику (печатными буквами):	
Подпись личного представителя	
Подпись:	Дата:

Health Net of California, Inc. и Health Net Community Solutions, Inc. являются дочерними компаниями Health Net, LLC. Health Net — это зарегистрированный знак обслуживания компании Health Net, LLC. Все права защищены.