

Health Net Dental – Pagbawi ng Kahilingan para sa Kumpidensyal na Mga Komunikasyon



Gusto kong kanselahin o bawiin ng Kahilingan para sa Kumpidensyal na Komunikasyon na ibinigay ko sa Health Net Dental kaugnay sa:

- Komunikasyon (pagmemensahe, mga alerto, atbp.) ng account
- Medikal na impormasyon
- Mga sensitibong serbisyo

Magkakabisa ito sa petsang nakalista sa ibaba.

Iyong impormasyon:			
Pangalan:	Apelyido:	Petsa ng kapanganakan:	
Numero ng ID ng Subscriber:		Numero ng telepono: <i>Saan ka tatawagan kung mayroon kaming mga tanong?</i>	
Address para sa koreo:			
Lungsod:		Estado:	ZIP:
Email address:			

Isinasaad ng batas ng California na: “Ang Mga Sensitibong Serbisyo ay nangangahulugan sa: lahat ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na nauugnay sa kalusugan sa pag-iisip o pag-uugali, kalusugan na nauugnay sa seksuwal at pag-aanak, mga impeksiyong seksuwal na naipapasa (sexually transmitted infections, STI), sakit dahil sa pag-abuso sa droga o alak, pangangalaga sa pagsuporta sa kasarian at karahasan ng intimate partner.

Kasama sa impormasyon ng kalusugan ang:

- Impormasyon tungkol sa iyong mga appointment.
- Mga pagtangi ng claim. Mga kahilingan para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga claim na ito. Mga alerto tungkol sa mga kinukuwestyong claim.
- Ang pangalan at address ng iyong provider. Mga detalye ng mga ginawang serbisyo at iba pang impormasyon ng pagbisita.

Alam ko na posibleng naipadala ang impormasyon ng aking kalusugan sa mas gustong backup na paraan ng komunikasyon. Alam ko rin na ang pagpapawalang-saysay na ito ay naaangkop lang sa pahintulot na hiningi ko bago ang backup na komunikasyon.

Nagbibigay ako ng pahintulot na ang impormasyon sa itaas ay totoo at tama.	
Pirma:	Petsa:

(ipinagpatuloy)

Health Net Dental – Form sa Pagbawi ng Kahilingan para sa Kumpidensyal na Mga Komunikasyon



Kung pipirma ka para sa miyembro, ilarawan sa ibaba ang iyong kaugnayan. Kung ikaw ang personal na kinatawan ng miyembro, ilarawan ito sa ibaba. At magpadala sa amin ng mga kopya ng mga form na iyon (tulad ng Power of Attorney o Order of Guardianship).

Nagbibigay ako ng pahintulot na ang impormasyon sa itaas ay totoo at tama.

Pangalan ng personal na kinatawan: (Paki-print)

Pakilarawan ang kaugnayan:

Kaugnayan sa miyembro: (Paki-print)


Pirma ng personal na kinatawan:

Pirma:

Petsa:


Ititigil ng Health Net Dental ang paggamit o pagbabahagi ng impormasyon ng iyong kalusugan kapag natanggap at naproseso na namin ang form na ito. Gamitin ang address para sa koreo na nasa ibaba. Makakatawag ka rin sa numero na nasa ibaba para sa tulong.

Mangyaring tumawag o ipadala sa Health Net ang natapos na form na ito. Maghintay nang hanggang 7-14 na araw para maproseso namin ang iyong kahilingan.

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

Nandito kami para tumulong!

Pakitawagan kami kung mayroon kang mga tanong.

 **Telepono:** Health Net Sacramento (GMC):
877-550-3868 (mga serbisyo sa miyembro);
Health Net Los Angeles (PHP):
800-977-7307 (mga serbisyo sa miyembro).

Tip!

Kung papalitan mo ang iyong pagkaka-enroll sa ibang plano, kakailanganin mong kumpletuhin ulit ang form na ito sa bago mong Numero ng ID ng Miyembro.

Ang Health Net of California, Inc. at Health Net Community Solutions, Inc. ay mga subsidiyaryo ng Health Net, LLC. Ang Health Net ay rehistradong marka ng serbisyo ng Health Net, LLC. Nakalaan ang lahat ng karapatan.

FRM1228195TC01w (9/23)