

# Health Net Dental

## نموذج طلب الاتصالات السرية



تود Health Net Dental إخبارك أنه يتوفر لديك خيار بشأن معلوماتك الصحية المحمية (PHI). يمكن أن ترسل Health Net أي اتصالات تحتوي على PHI إليك مباشرةً.

ينص قانون California على: "تعني الخدمات الحساسة: جميع خدمات الرعاية الصحية ذات الصلة بالصحة العقلية أو السلوكية، والصحة الجنسية والإنجابية، والعدوى المنقولة جنسياً، واضطراب تعاطي المخدرات، ورعاية تأكيد الجنس، وعنف الشريك الحميم."

**PHI هي معلومات صحية عنك. فيما يلي أمثلة على الاتصالات التي تتضمن PHI:**

- المعلومات عن مواعيدك.
- خطابات إنكار المطالبات، وطلبات الحصول على مزيد من المعلومات عن المطالبات، وتنبيهات بشأن المطالبات المتنازع عليها.
- اسم وعنوان مقدم خدمتك وأوصاف الخدمات المقدمة ومعلومات الزيارة الأخرى.
- ملاحظة: إذا كان عمرك يزيد عن 12 عاماً، فلا يتعين عليك الحصول على موافقة المشترك الرئيسي في خطة التغطية الصحية لعائلتك لتقديم طلب الاتصال السري

أكمل هذا النموذج إذا كنت تريد منا أن نرسل الاتصالات التي تحتوي على PHI إليك مباشرةً. سترسل الاتصالات إلى عنوان بريدي أو عنوان بريد إلكتروني منفصل. يرجى زيارة [www.hndental.com](http://www.hndental.com).

يرجى الاتصال أو إرسال هذا النموذج المكتمل إلى Health Net عبر البريد.  
يرجى الانتظار لمدة 7-14 يوماً حتى نعالج طلبك.

### نصيحة!

إذا غيرت تسجيلك إلى خطة أخرى، فسيتم عليك إكمال هذا النموذج مرة أخرى تحت رقم تعريف (ID) عضويتك الجديد.

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



نحن هنا لمساعدتك!  
يرجى الاتصال بنا إذا كانت لديك أسئلة.

الهاتف: Health Net في Sacramento (GMC): 877-550-3868 (خدمات الأعضاء)؛  
Health Net في Los Angeles (PHP): 800-977-7307 (خدمات الأعضاء)



معلوماتك:		
الاسم الأول:	الاسم الأخير:	تاريخ الميلاد:
رقم تعريف (ID) المشترك:		رقم الهاتف: أين يمكننا الاتصال بك إذا كانت لدينا أسئلة؟
نعم! يرجى إرسال الاتصالات التي تحتوي على PHI الخاصة بي إلى العنوان البريدي و/أو عنوان البريد الإلكتروني التالي:		
عنوان البريد:		
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
عنوان البريد الإلكتروني:		
أشهد وأقر بأن المعلومات الموضحة أعلاه صحيحة وحقيقية.		
التوقيع:	التاريخ:	

**ملاحظة:** يبقى طلب الاتصالات السرية ساريًا حتى يقدم العضو طلب إلغاء أو طلب اتصالات سرية جديد.

إذا كنت ستوقع نيابة عن العضو، فوضح صلتك به أدناه. إذا كنت أنت الممثل الشخصي للعضو، فوضح ذلك أدناه وأرسل إلينا نسخًا من تلك النماذج (مثل التوكيل أو أمر الوصاية).

أشهد وأقر بأن المعلومات الموضحة أعلاه صحيحة وحقيقية.	
اسم الممثل الشخصي: (يرجى الكتابة بأحرف واضحة)	
وضح الصلة:	
الصلة بالعضو: (يرجى الكتابة بأحرف واضحة)	
توقيع الممثل الشخصي:	
التوقيع:	التاريخ: