

Health Net Dental – 保密通訊申請表



Health Net Dental 希望您知道，您可以選擇保護自己的受保護健康資訊 (PHI)。您可以讓 Health Net 直接向您發送任何包含 PHI 的通訊。

加州法律規定：「敏感服務是指：所有與精神或行為健康、性健康和生殖健康、性傳染病、物質濫用障礙、性別確認照護和親密夥伴暴力相關的醫療保健服務。」

PHI 是有關您的健康資訊。包含 PHI 的通訊範例為：


- 有關您約診的資訊。
- 理賠拒絕、要求提供有關理賠的更多資訊以及有爭議理賠的提醒。
- 您的醫療服務提供者的姓名和地址、所提供服務的描述以及其他就診資訊。

註：如果您年滿 12 歲，您無需獲得您的家庭健康保險計畫主要投保人的批准即可提出保密通訊請求。

如果您希望我們直接向您發送包含 PHI 的通訊，請填寫此表格。通訊將發送至單獨的郵寄或電子郵件地址。請瀏覽 www.hndental.com。


將致電或填寫完成的表格返回給 Health Net。

我們最多需要 7-14 天的時間來處理您的請求。

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

我們隨時提供協助！

如果您有疑問，請致電聯絡我們。

 **電話：** Health Net Sacramento (GMC)：877-550-3868（會員服務部門）；
Health Net Los Angeles (PHP)：800-977-7307（會員服務部門）

提示！

如果您將投保更改為其他計畫，您將需要使用新的會員 ID 號碼再次填寫此表格。

Health Net Dental – 保密通訊申請表



您的資訊：		
名字：	姓氏：	出生日期：
投保人 ID 編號：	電話號碼：如果我們有疑問，可以打到哪裡聯絡您？	
是！請將與我的 PHI 的通訊寄至此郵寄地址和/或電子郵件地址：		
郵寄地址：		
城市：	州：	郵遞區號：
電子郵件地址：		
我證明並承認上述資訊真實且正確：		
簽名：	日期：	

註：在會員提交撤銷請求或提交新的保密通訊請求之前，此保密通訊請求一直有效。

如果您代為該會員簽名，請在下方描述您們之間的關係。如果您是該會員的個人代表，請在下方說明並將這些表格的副本發給我們（例如委託書或監護令）。

我證明並承認上述資訊真實且正確：	
個人代表姓名：（請以正楷填寫）	
描述關係：	
與會員的關係：（請以正楷填寫）	
個人代表簽名：	
簽名：	日期：

Health Net of California, Inc. 及 Health Net Community Solutions, Inc. 皆為 Health Net, LLC 的子公司。
Health Net 為 Health Net, LLC. 的註冊服務標章。保留所有權利。