

Health Net Dental

فرم درخواست مکاتبات محرمانه



Health Net Dental می‌خواهد بداند که درباره اطلاعات محافظت‌شده سلامت (PHI) خود امکان انتخاب دارید. می‌توانید از Health Net بخواهید که هر مکاتبه حاوی PHI را مستقیماً برای شما ارسال کند.


طبق قانون California: «خدمات حساس یعنی: همه خدمات مراقبت درمانی مربوط به سلامت روانی یا رفتاری، سلامت جنسی و باروری، عفونت‌های مقاربتی، اختلال مصرف مواد، مراقبت‌های تأیید جنسیت و خشونت شریک جنسی.»

PHI اطلاعات سلامت مربوط به شما است. نمونه مکاتباتی که حاوی PHI است عبارتند از:


- اطلاعات مربوط به نوبت‌های ویزیت شما.
 - رد مطالبات، درخواست اطلاعات بیشتر درباره مطالبات و اخطارهای مربوط به مطالبات مورد اختلاف.
 - نام و نشانی ارائه‌کننده خدمات شما، شرح خدمات ارائه‌شده و سایر اطلاعات ویزیت.
- توجه:** اگر بیش از 12 سال سن دارید، برای درخواست مکاتبات محرمانه نیازی نیست که توسط مشترک اصلی برنامه درمانی پوشش سلامت خانواده‌تان تأیید شوید.

اگر می‌خواهید مکاتبات حاوی PHI را مستقیماً برای شما ارسال کنیم، این فرم را تکمیل کنید. مکاتبات به آدرس پستی یا ایمیل جداگانه ارسال خواهد شد. لطفاً به نشانی www.hndental.com مراجعه کنید

لطفاً تماس بگیرید یا این فرم تکمیل‌شده را برای Health Net پست کنید.
به ما 7 تا 14 روز وقت بدهید تا به درخواست‌تان رسیدگی کنیم.

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

آماده کمک به شما هستیم!
اگر سوالی دارید، لطفاً با ما تماس بگیرید.

تلفن: Health Net Sacramento (GMC): 877-550-3868 (بخش خدمات اعضا)؛
Health Net Los Angeles (PHP): 800-977-7307 (بخش خدمات اعضا) 

توجه!

اگر ثبت‌نام خود را به برنامه درمانی دیگری تغییر دهید، باید این فرم را دوباره و با شماره ID عضویت جدیدتان تکمیل کنید.

اطلاعات شما:		
نام:	نام خانوادگی:	تاریخ تولد:
شماره ID مشترک:		شماره تلفن: اگر سوالی داریم چطور با شما تماس بگیریم؟
بله! لطفاً مکاتبات حاوی PHI را به این نشانی پستی و/یا آدرس ایمیل ارسال کنید:		
نشانی پستی:		
شهر:	ایالت:	زپکد:
آدرس ایمیل:		
تأیید و تصدیق می‌کنم که اطلاعات فوق درست و صحیح است:		
امضا:		تاریخ:

توجه: درخواست مکاتبات محرمانه تا زمانی معتبر است که عضو درخواست لغو یا درخواست جدیدی برای مکاتبات محرمانه ارائه دهد. اگر شما به جای عضو امضا می‌کنید، نسبت خود با او را در زیر شرح دهید. اگر نماینده شخصی عضو هستید، این را در زیر قید کنید و کپی‌هایی از فرم‌های مربوطه (مانند وکالت‌نامه یا حکم سرپرستی) را برای ما ارسال کنید.

تأیید و تصدیق می‌کنم که اطلاعات فوق درست و صحیح است:	
نام نماینده شخصی: (لطفاً با حروف جدا و بزرگ بنویسید)	
نسبت را شرح دهید:	
نسبت با عضو: (لطفاً با حروف جدا و بزرگ بنویسید)	
امضای نماینده شخصی:	
امضا:	
تاریخ:	