

Health Net Dental – 비공개 커뮤니케이션 요청 양식



Health Net Dental은 귀하에게 귀하의 개인 건강 정보(PHI)에 대한 선택권이 있음을 알려드리고자 합니다. PHI가 포함된 모든 커뮤니케이션을 Health Net에서 직접 귀하에게 보내도록 할 수 있습니다.

캘리포니아 주법에 따르면 "민감한 서비스란 정신 또는 행동 건강, 성 및 생식 건강, 성병, 약물 사용 장애, 성 정체성 확인 치료, 성 파트너 폭력과 관련된 모든 건강 관리 서비스를 의미합니다."


PHI는 귀하에 관한 건강 정보입니다. PHI가 포함된 커뮤니케이션의 예는 다음과 같습니다.

- 진료 예약에 관한 정보
- 보험 청구 거부, 보험 청구에 대한 추가 정보 요청 및 분쟁 중인 보험 청구에 대한 알림.
- 의료 서비스 제공자의 이름 및 주소, 제공된 서비스에 대한 설명 및 기타 방문 정보.

참고: 만 12세 이상인 경우, 가족의 건강 보험 플랜 주 가입자의 승인을 받지 않아도 비공개 커뮤니케이션 요청을 할 수 있습니다.


PHI가 포함된 커뮤니케이션을 회원님에게 직접 보내려면 이 양식을 작성하세요. 커뮤니케이션은 별도의 우편 또는 이메일 주소로 발송됩니다. www.hndental.com을 방문하십시오.

Health Net에 전화하거나 작성 완료한 양식을 우편으로 보내주십시오.
귀하의 요청을 처리하는 데 최대 7-14일이 소요될 수 있습니다.

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

저희가 도와드리겠습니다!

궁금한 점이 있으시면 전화로 문의해 주세요.

 **전화:** Health Net Sacramento (GMC): 877-550-3868 (가입자 서비스);
Health Net Los Angeles (PHP): 800-977-7307 (가입자 서비스)

팁!

다른 플랜으로 가입을 변경하는 경우, 새 회원 ID 번호로 이 양식을 다시 작성해야 합니다.

Health Net Dental - 비공개 커뮤니케이션 요청 양식



개인정보:		
이름:	성:	생년월일:
가입자 ID:	전화번호: 문의 사항이 있는 경우 연락처	
동의합니다! 나의 PHI와 관련된 커뮤니케이션은 이 우편 주소 또는 이메일 주소로 보내주시기 바랍니다.		
우편 주소:		
시:	주:	우편번호:
이메일 주소:		
본인은 위의 정보가 사실이며 정확함을 확인하고 인증합니다.		
서명:	날짜:	

참고: 비공개 커뮤니케이션 요청은 회원이 요청을 철회하거나 새로운 비공개 커뮤니케이션 요청을 제출할 때까지 유효합니다.

회원을 대신하여 서명하는 경우 아래에 회원과의 관계를 설명해 주세요. 귀하가 회원의 개인 대리인인 경우 아래에 이를 설명하고 해당 양식(예: 위임장 또는 후견 명령서)의 사본을 당사에 보내주시십시오.

본인은 위의 정보가 사실이며 정확함을 확인하고 인증합니다.	
대리인 이름: (입력해 주세요)	
관계 설명:	
가입자와의 관계: (입력해 주세요)	
대리인 서명:	
서명:	날짜:

Health Net of California, Inc.와 Health Net Community Solutions, Inc.는 Health Net, LLC의 자회사입니다. Health Net은 Health Net, LLC의 등록 서비스 표시입니다. 저작권 보유.