

# Health Net Dental – Mẫu Đơn Yêu Cầu Nhận Thông Tin Bảo Mật



Health Net Dental muốn quý vị biết rằng quý vị có quyền lựa chọn về thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) của mình. Quý vị có thể yêu cầu Health Net gửi mọi thông tin liên lạc có chứa PHI trực tiếp cho quý vị.

Luật California quy định: "Dịch Vụ Nhạy Cảm có nghĩa là: tất cả dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên quan đến sức khỏe tâm thần hoặc sức khỏe hành vi, sức khỏe sinh sản hoặc sức khỏe tình dục, bệnh lây truyền qua đường tình dục, rối loạn do sử dụng chất gây nghiện, dịch vụ hỗ trợ xác nhận giới tính và bạo lực bạn tình."

## **PHI là thông tin về sức khỏe của quý vị. Ví dụ về các thông tin liên lạc có chứa PHI là:**


- Thông tin về các buổi hẹn khám của quý vị.
- Từ chối yêu cầu thanh toán, yêu cầu thêm thông tin về yêu cầu thanh toán và cảnh báo về yêu cầu thanh toán đang có tranh chấp.
- Tên và địa chỉ của nhà cung cấp của quý vị, bản mô tả các dịch vụ được cung cấp và thông tin thăm khám khác.

**Lưu ý:** Nếu quý vị trên 12 tuổi, quý vị không cần phải được người đăng ký chính trong chương trình bảo hiểm sức khỏe của gia đình quý vị chấp thuận để thực hiện Yêu Cầu Nhận Thông Tin Bảo Mật.

Hãy hoàn thành mẫu đơn này nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin liên lạc có chứa PHI trực tiếp cho quý vị. Thông tin liên lạc sẽ được gửi đến một địa chỉ gửi thư hoặc email riêng biệt. Vui lòng truy cập [www.hndental.com](http://www.hndental.com).


**Vui lòng gọi điện hoặc gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ thông tin qua đường bưu điện tới Health Net**

*Hãy chờ tối đa 7–14 ngày để chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị.*

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

**Chúng tôi luôn sẵn sàng trợ giúp quý vị!**

Vui lòng gọi cho chúng tôi nếu quý vị có thắc mắc.

 **Qua điện thoại:** Health Net Sacramento (GMC):  
877-550-3868 (ban dịch vụ hội viên);  
Health Net Los Angeles (PHP):  
800-977-7307 (ban dịch vụ hội viên)

## **Mẹo!**

Nếu quý vị thay đổi việc ghi danh sang một chương trình khác, quý vị sẽ cần phải hoàn thành lại mẫu đơn này theo Số ID hội viên mới của mình.

# Health Net Dental – Mẫu Đơn Yêu Cầu Nhận Thông Tin Bảo Mật



Thông tin của quý vị:		
Tên:	Họ:	Ngày sinh:
Số ID người đăng ký:	Số điện thoại: <i>Có thể gọi quý vị theo số nào nếu chúng tôi có thắc mắc?</i>	
Có! Vui lòng gửi thông tin liên lạc có chứa PHI của tôi đến địa chỉ gửi thư và/hoặc địa chỉ email này:		
Địa chỉ gửi thư:		
Thành phố:	Tiểu bang:	ZIP:
Địa chỉ email:		
Tôi xác nhận và thừa nhận rằng thông tin trên là đúng sự thật và chính xác:		
Chữ ký:	Ngày:	

**Lưu ý:** Yêu Cầu Nhận Thông Tin Bảo Mật sẽ có hiệu lực cho đến khi hội viên gửi yêu cầu hủy bỏ yêu cầu hoặc Yêu Cầu Nhận Thông Tin Bảo Mật mới được gửi.

Nếu quý vị đang ký tên thay cho hội viên, hãy mô tả mối quan hệ của quý vị dưới đây. Nếu quý vị là đại diện cá nhân của hội viên, hãy mô tả điều này bên dưới và gửi cho chúng tôi bản sao của các mẫu đơn đó (chẳng hạn như giấy ủy quyền hoặc lệnh giám hộ).

Tôi xác nhận và thừa nhận rằng thông tin trên là đúng sự thật và chính xác:	
Tên của Đại Diện Cá Nhân: (Vui lòng viết in hoa)	
Mô tả mối quan hệ:	
Mối quan hệ với hội viên: (Vui lòng viết in hoa)	
Chữ Ký của Đại Diện Cá Nhân:	
Chữ ký:	Ngày:

Health Net of California, Inc. và Health Net Community Solutions, Inc. là các chi nhánh của Health Net, LLC. Health Net là nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của Health Net, LLC. Tất cả các quyền được bảo hộ.

FRM1227017VC01w (8/23)