

# Health Net Dental – Գաղտնի հաղորդակցությունների հայտի չեղարկում



**Ես ուզում եմ չեղարկել կամ հետ վերցնել Health Net Dental-ին տված Գաղտնի հաղորդակցության հայտը, որը վերաբերում է՝**

- Հաշվի հաղորդակցություններին (հաղորդագրությունների ուղարկում, զգուշացումներ և այլն)
- Բժշկական տեղեկություններ
- Զգայուն ծառայություններ

Սա ուժի մեջ կմտնի ստորև նշված ամսաթվից:

Ձեր տեղեկությունները.			
Անուն.	Ազգանուն.	Ծննդյան ամսաթիվ.	
Բաժանորդի ID համարը.		Հեռախոսահամար. <i>Որտե՞ղ գանգահարել ձեզ, եթե հարցեր ունենք:</i>	
Փոստային հասցե.			
Քաղաք.		Նահանգ.	ZIP.
Էլ. հասցե.			

California-ի օրենքն ասում է. «Զգայուն ծառայություններ նշանակում է՝ հոգեկան կամ վարքագծային առողջության, սեռական և վերարտադրողական առողջության, սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների, թմրամիջոցների օգտագործման խանգարման, սեռը հաստատող խնամքի և ինտիմ ընկերոջ բռնության հետ կապված ողջ առողջական խնամքը»:

## Առողջության մասին տեղեկատվությունը ներառում է.

- Տեղեկություններ ձեր ժամադրությունների մասին:
- Հայցի մերժումներ: Հայցերի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների խնդրանք: Զգուշացումներ վիճարկվող հայցերի մասին:
- Ձեր մատակարարի անունը և հասցեն: Կատարված ծառայությունների մանրամասները և այցելությունների այլ տեղեկություններ:

**Ես գիտեմ, որ իմ առողջական տեղեկատվությունը կարող է ուղարկվել հաղորդակցության նախընտրելի պահեստային գիծ: Ես նաև գիտեմ, որ այս չեղյալ հայտարարումը վերաբերում է միայն այն համաձայնությանը, որը ես խնդրել էի մինչև պահեստային հաղորդակցությունը:**

Ես տալիս եմ իմ համաձայնությունը, որ վերը նշված տեղեկատվությունը ճշմարիտ է և ճիշտ:	
Ստորագրություն.	Ամսաթիվ.

(շարունակվում է)

# Health Net Dental – Գաղտնի հաղորդակցությունների հայտի չեղարկման ձև




Եթե դուք ստորագրում եք անդամի համար, ստորև նկարագրեք ձեր հարաբերությունները: Եթե դուք անդամի անձնական ներկայացուցիչն եք, նկարագրեք սա ստորև: Եվ ուղարկեք մեզ այդ ձևերի պատճենները (օրինակ՝ լիազորագիրը կամ խնամակալության կարգը):


<b>Ես տալիս եմ իմ համաձայնությունը, որ վերը նշված տեղեկատվությունը ճշմարիտ է և ճիշտ:</b>	
Անձնական ներկայացուցչի անունը. (խնդրում ենք տպել)	
<b>Նկարագրեք կապը.</b>	
Կապն անդամի հետ. (խնդրում ենք տպել)	
<b>Անձնական ներկայացուցչի ստորագրություն.</b>	
Ստորագրություն.	Ամսաթիվ.

Health Net Dental-ը կդադարեցնի օգտագործել կամ կիսել ձեր առողջական տեղեկությունները, երբ մենք ստանանք և մշակենք այս ձևը: Օգտագործեք ստորև փոստային հասցեն: Օգնության համար կարող եք զանգահարել նաև ստորև նշված հեռախոսահամարով:

Խնդրում ենք զանգահարել կամ ուղարկել այս պատրաստի ձևը Health Net-ին: Հատկացրեք մինչև 7-14 օր, որպեսզի մենք մշակենք ձեր հարցումը:

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

**Մենք այստեղ ենք՝ ձեզ օգնելու համար:**  
Զանգահարեք մեզ, եթե հարցեր ունեք:

 **Հեռախոս.** Health Net Sacramento (GMC). 877-550-3868  
(անդամների ծառայությունների բաժին),  
Health Net Los Angeles (PHP). 800-977-7307  
(անդամների ծառայությունների բաժին):

**Խորհուրդ**

Եթե փոխեք ձեր անդամակցությունն այլ ծրագրի, ապա ձեզ հարկավոր է նորից լրացնել այս ձևը՝ ձեր նոր անդամի ID համարի տակ:

Health Net of California, Inc.-ը և Health Net Community Solutions, Inc.-ը Health Net, LLC.-ի դուստր ձեռնարկություններն են: Health Net-ը Health Net, LLC.-ի գրանցված ապրանքանիշն է: Բոլոր իրավունքները պաշտպանված են: