

# Form ng Kahilingan para sa Pagpapawalang-bisa ng Mga Kumpidensyal na Komunikasyon



**Gusto kong kanselahin o ipawalang-bisa Kahilingan sa Kumpidensyal na Komunikasyon na ibinigay ko sa Health Net, LLC. kaugnay ng:**

- Komunikasyon (pagmemensahe, mga alerto, atbp.) tungkol sa account
- Medikal na impormasyon
- Mga sensitibong serbisyo

Magkakabisa ito sa petsang nakalista sa ibaba.

Ang inyong impormasyon:			
Pangalan:	Apelyido:	Petsa ng kapanganakan:	
Numero ng ID ng Subscriber:	Numero ng telepono: <i>Saan tatawag kung mayroon kaming mga tanong?</i>		
Address na Pagpapadalhan:			
Lungsod:	Estado:	ZIP:	
Email address:			

Isinasaad ng batas ng California na: “Ang Mga Sensitibong Serbisyo ay tumutukoy sa: lahat ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na nauugnay sa kalusugan ng isip o pag-uugali, sekswal at reprodiktibong kalusugan, mga sexually transmitted infection, disorder sa pag-inom ng alak o paggamit ng ipinagbabawal na gamot, pangangalaga na naaangkop sa kinikilalang kasarian, at karahasan ng kapareha.”

## Kabilang sa mga impormasyong pangkalusugan:

- Mga alerto tungkol sa Paliwanag ng Mga Benepisyo (Explanation of Benefits, EOB) at impormasyon tungkol sa inyong mga appointment.
- Mga pagtanggap sa claim. Mga kahilingan para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga claim. Mga alerto tungkol sa mga tinututulang claim.
- Ang pangalan at address ng inyong provider. Mga detalye ng mga isinagawang serbisyo at iba pang impormasyon sa pagbisita.

**Alam kong posibleng ipinadala ang aking impormasyong pangkalusugan sa piniling backup na linya ng komunikasyon. Alam ko rin na nalalapat lang ang pagpapawalang-bisang ito sa pahintulot na nauna kong hiniling bago magkaroon ng backup na komunikasyon.**

Pinagtitibay at kinikilala kong totoo at tumpak ang impormasyon sa itaas.	
Lagda:	Petsa:

(ipinagpatuloy)

# Form ng Kahilingan para sa Pagpapawalang-bisa ng Mga Kumpidensyal na Komunikasyon



Kung lumalagda kayo para sa miyembro, ilarawan ang ugnayan ninyo sa ibaba. Kung kayo ang personal na kinatawan ng miyembro, ilarawan ito sa ibaba. At, padalhan kami ng mga kopya ng mga form na iyon (gaya ng Power of Attorney o Order of Guardianship).

## Pinagtitibay at kinikilala kong totoo at tumpak ang impormasyon sa itaas.

Pangalan ng personal na kinatawan: (Paki-print)

## Mangyaring ilarawan ang ugnayan:

Kaugnayan sa miyembro: (Paki-print)

## Lagda ng personal na kinatawan:

Lagda:

Petsa:

Hindi na gagamitin o ibabahagi ng Health Net ang inyong impormasyong pangkalusugan kapag natanggap at naiproseso namin ang form na ito. Gamitin ang address na pagpapadalhan sa ibaba. Maaari din kayong tumawag para sa tulong sa numero sa ibaba.


Mangyaring i-mail o i-fax ang natapos na form na ito sa Health Net. Bigyan kami ng hanggang 14 na araw para maproseso ang inyong kahilingan.

 **Mail:** Health Net – Privacy Office  
PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103

 **Fax:** (818) 676-8314, Attention: Health Net Privacy Office

### ***Narito kami para tumulong!***

Mangyaring tawagan o i-email kami kung mayroon kayong mga tanong.

 **Telepono:** Sumangguni sa numero ng telepono na nasa likod ng inyong ID card ng miyembro.

 **Email:** [Privacy@HealthNet.com](mailto:Privacy@HealthNet.com)

### **Tip!**

Kung ilipat ninyo ang inyong pagpapatala sa ibang plano, kakailanganin ninyong sagutan ulit ang form na ito sa ilalim ng bago ninyong Numero ng ID bilang miyembro.

\*Ang Health Net Community Solutions, Inc., Health Net of California, Inc., at Health Net Life Insurance ay mga subsidiary ng Health Net, LLC at Centene Corporation. Ang Health Net ay isang rehistradong marka ng serbisyo ng Health Net, LLC. Ang lahat ng iba pang tinukoy na trademark/service mark ay mananatiling pag-aari ng kanilang mga sariling kumpanya. Nakalaan ang lahat ng karapatan.

FRM640167TC01w (6/22)