

Mẫu đơn yêu cầu thu hồi phương thức liên lạc bảo mật



Tôi muốn hủy bỏ hoặc thu hồi Yêu cầu phương thức liên lạc bảo mật mà tôi đã cung cấp cho Health Net, LLC. về:

- Thông tin liên lạc (tin nhắn, cảnh báo, v.v.) của tài khoản
- Thông tin y tế
- Các dịch vụ nhạy cảm

Việc này sẽ có hiệu lực vào ngày được liệt kê bên dưới.

Thông tin của quý vị:		
Tên:	Họ:	Ngày sinh:
Số nhận dạng (Identification, ID) của người ghi danh bảo hiểm:	Số điện thoại: <i>Chúng tôi gọi quý vị ở đâu nếu có thắc mắc?</i>	
Địa chỉ gửi thư:		
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:
Địa chỉ email:		

Luật California chỉ ra: "Các dịch vụ nhạy cảm có nghĩa là: tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên quan đến sức khỏe tâm thần hoặc hành vi, sức khỏe tình dục và sinh sản, các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục, rối loạn vì lạm dụng chất gây nghiện, chăm sóc xác nhận giới tính và bạo lực do bạn tình thân thiết."

Thông tin sức khỏe bao gồm:

- Cảnh báo về Bản giải thích về quyền lợi (Explanation of Benefits, EOB) và thông tin về các cuộc hẹn của quý vị.
- Từ chối yêu cầu thanh toán. Yêu cầu thêm thông tin về các yêu cầu thanh toán. Cảnh báo về các yêu cầu thanh toán có tranh chấp.
- Tên và địa chỉ của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị. Thông tin chi tiết về dịch vụ được thực hiện và các thông tin thăm khám khác.

Tôi biết rằng thông tin sức khỏe của mình có thể đã được gửi đến đường dây liên lạc dự phòng ưu tiên. Tôi cũng biết rằng việc bãi bỏ này chỉ áp dụng cho sự đồng ý mà tôi đã yêu cầu trước thông tin liên lạc được sao lưu.

Tôi chứng thực và thừa nhận rằng thông tin trên là đúng và chính xác.	
Chữ ký:	Ngày:

(tiếp theo)

Mẫu đơn yêu cầu thu hồi phương thức liên lạc bảo mật



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

Tôi chứng thực và thừa nhận rằng thông tin trên là đúng và chính xác.

Tên của đại diện cá nhân: (Vui lòng viết in)

Vui lòng mô tả mối quan hệ:

Mối quan hệ với hội viên: (Vui lòng viết in)


Chữ ký của đại diện cá nhân:

Chữ ký:

Ngày:

Health Net sẽ ngưng sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị khi chúng tôi nhận được và xử lý mẫu đơn này. Vui lòng sử dụng địa chỉ gửi qua đường bưu điện ở bên dưới. Quý vị cũng có thể gọi điện để được trợ giúp theo số điện thoại bên dưới.


Vui lòng gửi mẫu đơn đã hoàn tất này qua đường bưu điện hoặc qua fax đến Health Net. Hãy cho chúng tôi tối đa 14 ngày để xử lý yêu cầu của quý vị.

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

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

Chúng tôi luôn sẵn sàng giúp đỡ!

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

 **Điện thoại:** Tham khảo số điện thoại nằm trên mặt sau thẻ ID hội viên của quý vị.

 **Email:** Privacy@HealthNet.com

Mẹo!

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

Health Net Community Solutions, Inc., Health Net of California, Inc. và Health Net Life Insurance là công ty chi nhánh của Health Net, LLC và Centene Corporation. Health Net là nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của Health Net, LLC. Tất cả các thương hiệu/nhãn hiệu dịch vụ đã được xác định khác thuộc sở hữu của các công ty tương ứng. Mọi quyền được bảo lưu.

FRM640167VC01w (6/22)