

نموذج طلب إلغاء المراسلات السرية

أود إلغاء أو سحب طلب المراسلات السرية الذي منحتة إلى Health Net, LLC بخصوص:

- المراسلات (رسائل، إشعارات، ما إلى ذلك) الخاصة بالحساب
- المعلومات الطبية
- الخدمات الحساسة

يسري هذا الطلب اعتبارًا من التاريخ المدرج أدناه.

بياناتك:		
الاسم الأول:	اسم العائلة:	تاريخ الميلاد:
رقم معرف المشترك:		رقم الهاتف: للاتصال بك إذا كانت لدينا استفسارات
عنوان البريد:		
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
عنوان البريد الإلكتروني:		

ينص قانون ولاية كاليفورنيا على ما يلي: "الخدمات الحساسة تعني: جميع خدمات الرعاية الصحية المتعلقة بالصحة العقلية أو السلوكية والصحة الجنسية والإنجابية والأمراض المنقولة جنسيًا واضطراب تعاطي المواد المخدرة ورعاية تأكيد النوع الاجتماعي وعنف الشريك الحميم".

تتضمن المعلومات الصحية ما يلي:

- إشعارات شرح المزايا (Explanation of Benefits, EOB)، ومعلومات حول المواعيد الخاصة بك.
- خطابات رفض المطالبة، وطلبات الحصول على مزيد من المعلومات حول المطالبات، وإشعارات المطالبات المتنازع عليها.
- اسم موفر الرعاية وعنوانه ووصف الخدمات المقدمة ومعلومات الزيارات الأخرى.

أعلم أنّ المعلومات الصحية الخاصة بي قد تم إرسالها إلى خط الاتصال البديل المفضل. وأعلم أيضًا أنّ هذا الإلغاء قد ينطبق فقط على الموافقة التي طلبتها قبل تفعيل خط الاتصال البديل.

أقر وأتعهد أنّ المعلومات المقدمة أعلاه صحيحة وسليمة.	
التوقيع:	التاريخ:

(تتبع)

نموذج طلب إلغاء المراسلات السرية

إذا كنت توقع نيابةً عن أحد الأعضاء، يُرجى توضيح نوع الصلة أدناه. إذا كنت الممثل الشخصي عن العضو، يُرجى توضيح ذلك أدناه. كما يُرجى إرسال نسخ من هذه النماذج (نموذج توكيل أو أمر وصاية).

أقر وأتعهد بأن المعلومات المقدمة أعلاه صحيحة وسليمة.	
اسم الممثل الشخصي: يُرجى الكتابة بأحرف واضحة	
يُرجى توضيح نوع الصلة:	
نوع الصلة بالعضو: يُرجى الكتابة بأحرف واضحة	
توقيع الممثل الشخصي:	
التوقيع:	التاريخ:

ستُوقف Health Net استخدام معلوماتك الصحية أو مشاركتها بمجرد تلقي هذا النموذج ومعالجتها. يُرجى استخدام عنوان البريد أدناه. كما يمكنك الاتصال على الرقم أدناه للحصول على مساعدة.

يُرجى إرسال هذا النموذج كاملاً بالبريد أو الفاكس إلى Health Net. سننفذ طلبك في غضون 14 يوماً.

البريد: Health Net – Privacy Office

9103-91409 Van Nuys, CA ,9103 PO Box



فاكس: (818) 8314-676, Health Net Privacy Office



نحن هنا لمساعدتك!

يُرجى الاتصال بنا أو مراسلتنا عبر البريد الإلكتروني إذا كانت لديك أسئلة.

الهاتف: يمكنك الرجوع إلى رقم الهاتف الموجود على ظهر بطاقة معرف العضوية الخاصة بك.



البريد الإلكتروني: Privacy@HealthNet.com



تلميح!

إذا قمت بتغيير اشتراكك إلى خطة أخرى، فستحتاج إلى إكمال هذا النموذج مرة أخرى باستخدام رقم معرف العضوية الجديد الخاص بك.

*تُعد Health Net Community Solutions, Inc.، و Health Net of California, Inc.، و Health Net Life Insurance شركات تابعة لـ Health Net, LLC وهي شركة فرعية لدى Centene Corporation. كما أن Health Net علامة خدمة مسجلة تابعة إلى Health Net, LLC. جميع العلامات التجارية/علامات الخدمة المُحددة الأخرى ملكاً لشركاتها المعنية. جميع الحقوق محفوظة.