

# 기밀 보장 커뮤니케이션 철회 요청서



본인은 다음 사항에 관하여 Health Net, LLC.에 제공한 기밀 보장 커뮤니케이션 요청서를 취소 또는 철회하기를 원합니다.

- 계정의 커뮤니케이션(메시지, 경고 등)
- 의료 정보
- 민감한 서비스

이것은 아래의 날짜에 효력이 발생합니다.

귀하의 정보:		
이름:	성:	생년월일:
계약자 ID 번호:	전화번호: 저희가 질문이 있는 경우 귀하에게 어디로 전화하면 됩니까?	
우편 주소:		
도시:	주:	우편번호:
이메일 주소:		

California 법에 따르면: “민감한 서비스란 정신 또는 행동 건강, 성적 및 생식 건강, 성 접촉 감염, 약물 사용 장애, 성 확정 관리 및 가정 폭력에 관련된 모든 의료 서비스를 의미합니다.”

## 건강 정보는 다음을 포함합니다.

- 혜택 설명서(Explanation of Benefits, EOB) 경고 및 귀하의 예약에 대한 정보.
- 클레임 거부. 클레임에 대한 더 많은 정보 요청. 이의가 제기된 클레임에 대한 경고.
- 귀하의 공급자 이름 및 주소. 수행된 서비스에 대한 세부 사항 및 기타 방문 정보.

본인은 본인의 건강 정보가 선호되는 커뮤니케이션 백업 라인으로 전송되었을 수 있음을 알고 있습니다. 본인은 또한 이러한 취소가 백업 커뮤니케이션 이전에 본인이 요청했던 동의에만 적용됨을 알고 있습니다.

본인은 상기 정보가 사실이고 올바르다는 것을 증명하며 인정합니다.	
서명:	날짜:

(계속)

# 기밀 보장 커뮤니케이션 철회 요청서



가입자를 대신해 서명하는 경우 아래에 가입자와의 관계를 설명하십시오. 가입자의 개인 대리인인 경우, 아래에 설명하십시오. 그리고 그러한 양식의 사본을 저희에게 보내십시오(위임장 또는 보호자 지명 명령 등).

**본인은 상기 정보가 사실이고 올바르다는 것을 증명하며 인정합니다.**

개인 대리인 이름: (정자체로 기재)

**관계를 설명하십시오.**

가입자와의 관계: (정자체로 기재)

**개인 대리인 서명:**

서명:

날짜:

Health Net이 본 양식을 접수 및 처리하면 귀하의 건강 정보 사용 또는 공개를 중단할 것입니다. 아래 우편 주소를 이용하십시오. 또한 귀하는 아래 전화번호로 도움을 요청하실 수 있습니다.

작성이 완료된 본 양식을 우편 또는 팩스를 이용해 Health Net으로 보내십시오. 귀하의 요청을 처리하는데 최대 14일이 소요될 수 있습니다.

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

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

**저희가 도와드리겠습니다!**

질문이 있으신 경우 저희에게 전화하거나 이메일을 보내십시오.

 **전화:** 귀하의 가입자 ID 카드 뒷면에 있는 전화번호를 참조하십시오.

 **이메일:** Privacy@HealthNet.com

## 유용한 정보!

다른 플랜으로 귀하의 가입을 변경하는 경우, 귀하는 새 가입자 ID 번호로 이 양식을 다시 작성하셔야 합니다.

\*Health Net Community Solutions, Inc., Health Net of California, Inc. 및 Health Net Life Insurance는 Health Net, LLC 및 Centene Corporation의 계열사입니다. Health Net은 Health Net, LLC의 등록된 서비스 상표입니다. 모든 기타 확인된 상표/서비스 표시는 해당 회사의 소유입니다. 모든 사용 권한은 Health Net, LLC에 있습니다.

FRM640167KC01w (6/22)