

Health Net Dental – Գաղտնի հաղորդակցությունների հայտի ձև health net.

Health Net Dental-ը ցանկանում է, որ դուք իմանաք, որ դուք ունեք ընտրություն ձեր պաշտպանված առողջական տեղեկության (PHI) վերաբերյալ: Դուք կարող եք Health Net-ից խնդրել անմիջապես ձեզ ուղարկել ցանկացած հաղորդակցություն, որն ունի PHI:

California-ի օրենքն ասում է. «Ձգայուն 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»:


PHI-ն առողջական տեղեկատվություն է ձեր մասին: Հաղորդակցությունների օրինակներ, որոնք ներառում են PHI.

- Տեղեկություններ ձեր ժամադրությունների մասին:
- Հայցերի մերժում, հայցերի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու հարցումներ և վիճարկվող հայցերի մասին ահազանգեր:
- Ձեր մատակարարի անունը և հասցեն, մատուցվող ծառայությունների նկարագրությունները և այլ տեղեկություններ:


Նշում. Եթե դուք 12 տարեկանից մեծ եք, պարտադիր չէ, որ հաստատված լինեք ձեր ընտանիքի առողջության ապահովագրության ծրագրի հիմնական բաժանորդի կողմից՝ Գաղտնի հաղորդակցության հայտը կատարելու համար:

Լրացրեք այս ձևը, եթե ցանկանում եք, որ մենք PHI պարունակող հաղորդակցություններ ուղարկենք անմիջապես ձեզ: Հաղորդակցությունները կուղարկվեն առանձին փոստային կամ էլ. հասցեով: Խնդրում ենք այցելել՝ www.hndental.com:

**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:
Չանզահարեք 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 անդամ ID համարի տակ:

Health Net Dental – Գաղտնի հաղորդակցությունների հայտի ձև



Ձեր տեղեկությունները.		
Անուն.	Ազգանուն.	Ծննդյան ամսաթիվ.
Բաժանորդի ID համարը.		Չեռախոսահամար. <i>Որտե՞ղ զանգահարել ձեզ, եթե հարցեր ունենք:</i>
Այո խնդրում եմ իմ PHI-ի հետ հաղորդակցություններն ուղարկել այս փոստային հասցեով և/կամ էլ. հասցեով.		
Փոստային հասցե.		
Քաղաք.	Նահանգ.	ZIP.
Էլ. հասցե.		
Ես հաստատում և ընդունում եմ, որ վերը նշված տեղեկատվությունը ճշմարիտ է և ճիշտ.		
Ստորագրություն.		Ամսաթիվ.

Նշում. Գաղտնի հաղորդակցության հարցումը վավեր է այնքան ժամանակ, քանի դեռ անդամը չի ներկայացրել հարցումը չեղյալ հայտարարելու կամ Գաղտնի հաղորդակցության նոր հարցում ներկայացնելը:

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

Ես հաստատում և ընդունում եմ, որ վերը նշված տեղեկատվությունը ճշմարիտ է և ճիշտ.	
Անձնական ներկայացուցչի անունը. (խնդրում ենք տպել)	
Նկարագրեք կապը.	
Կապն անդամի հետ. (խնդրում ենք տպել)	
Անձնական ներկայացուցչի ստորագրություն.	
Ստորագրություն.	Ամսաթիվ.

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: