

# Health Net Dental: ОТЗЫВ запроса конфиденциального обмена информацией



**Я хочу отменить или отозвать запрос конфиденциального обмена информацией, поданный мной в Health Net Dental касательно следующего:**

- Обмен информацией (сообщения, уведомления и т. д.), связанный с учетной записью
- Медицинская информация
- Конфиденциальные услуги

Вступает в силу с даты, указанной ниже.

Сведения о вас		
Имя:	Фамилия:	Дата рождения:
Идентификационный номер страхователя:		Телефон (куда звонить при возникновении вопросов):
Почтовый адрес:		
Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Адрес электронной почты:		

Закон штата California гласит: «Конфиденциальные услуги — это все медицинские услуги, связанные с психическим здоровьем или поведенческими нарушениями, сексуальным и репродуктивным здоровьем, заболеваниями, передающимися половым путем, расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, медицинским обслуживанием для подтверждения гендерной идентичности и насилием со стороны сексуального партнера».

## **Информация о здоровье включает следующее:**

- Информация о ваших приемах у врачей.
- Отказы по страховым требованиям. Запросы дополнительной информации о страховых требованиях. Предупреждения об оспариваемых страховых требованиях.
- Имя или название и адрес вашего поставщика услуг. Сведения об оказанных услугах и другая информация о приеме.

**Я знаю, что моя медицинская информация могла быть отправлена по предпочтительному запасному каналу связи. Я также знаю, что эта отмена распространяется только на разрешение, которое запрошено мной до передачи информации по запасному каналу связи.**

Я подтверждаю, что информация выше является правильной и точной	
Подпись:	Дата:

(продолжение на следующей странице)

# Health Net Dental: форма отзыва запроса конфиденциального обмена информацией




Если вы ставите подпись за участника, ниже укажите, кем вы ему приходитесь. Если вы являетесь личным представителем участника, опишите это ниже. Также отправьте нам копии соответствующих форм (например, доверенности или постановления об опеке).


<b>Я подтверждаю, что информация выше является правильной и точной</b>	
Имя личного представителя (печатными буквами):	
<b>Опишите отношения</b>	
Кем приходитесь участнику (печатными буквами):	
<b>Подпись личного представителя</b>	
Подпись:	Дата:

Health Net Dental прекратит использовать и передавать вашу медицинскую информацию, когда мы получим и обработаем эту форму. Используйте почтовый адрес ниже. Кроме того, можно обратиться за помощью, позвонив по телефону, указанному ниже.

Позвоните или отправьте эту заполненную форму в Health Net. Мы обработаем ваш запрос в течение 7–14 дней.

 **Почтовый адрес:** Health Net Dental – Quality Mgt. Dept.  
PO Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110

**Мы всегда готовы вам помочь!**  
Если у вас есть вопросы, позвоните нам.

 **Телефон:** Health Net Sacramento (GMC): 877-550-3868  
(отдел обслуживания участников плана);  
Health Net Los Angeles (PHP): 800-977-7307  
(отдел обслуживания участников плана).

**Совет!**  
Если вы зарегистрируетесь в другом плане, эту форму потребуется заполнить еще раз, используя ваш новый идентификационный номер участника.

Health Net of California, Inc. и Health Net Community Solutions, Inc. являются дочерними компаниями Health Net, LLC. Health Net — это зарегистрированный знак обслуживания компании Health Net, LLC. Все права защищены.

FRM1228195RC01w (9/23)