

# Health Net Dental – Thu Hồi Yêu Cầu Nhận Thông Tin Bảo Mật



**Tôi muốn hủy hoặc thu hồi Yêu Cầu Nhận Thông Tin Bảo Mật mà tôi đã gửi cho Health Net Dental liên quan đến:**

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

Điều này sẽ có hiệu lực vào ngày được liệt kê dưới đây.

Thông tin của quý vị:		
Tên:	Họ:	Ngày sinh:
Số ID người đăng ký:	Số điện thoại: <i>Có thể gọi cho quý vị theo số điện thoại nào nếu chúng tôi có thắc mắc?</i>	
Địa chỉ nhận thư:		
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:
Địa chỉ email:		

Luật pháp California quy định: “Dịch Vụ Nhạy Cảm có nghĩa là: tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên quan đến sức khỏe tâm thần hoặc sức khỏe hành vi, sức khỏe tình dục và sức khỏe sinh sản, bệnh lây truyền qua đường tình dục, rối loạn do sử dụng chất gây nghiện, dịch vụ hỗ trợ xác nhận giới tính và bạo lực bạn tình.”

## **Thông tin sức khỏe bao gồm:**

- Thông tin về các buổi hẹn khám 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 đang có tranh chấp.
- Tên và địa chỉ của nhà cung cấp của quý vị. Thông tin chi tiết về các dịch vụ được thực hiện và thông tin thăm khám khác.

**Tôi biết rằng thông tin sức khỏe của tôi có thể đã được gửi đến đường dây liên lạc dự phòng ưu tiên. Tôi cũng biết rằng việc hủy bỏ này chỉ áp dụng cho sự chấp thuận mà tôi đã yêu cầu trước khi liên hệ với đường dây liên lạc dự phòng.**

Tôi đồng ý rằng thông tin trên là đúng sự thật và chính xác.	
Chữ ký:	Ngày:

(tiếp theo)

# Health Net Dental – Biểu Mẫu Thu Hồi Yêu Cầu Nhận Thông Tin Bảo Mật



Nếu quý vị đang ký tên thay cho hội viên, hãy mô tả mối quan hệ của quý vị với hội viên dưới đây. Nếu quý vị là người đại diện cá nhân của hội viên, hãy mô tả điều này bên dưới. Và gửi cho chúng tôi bản sao của các biểu mẫu đó (chẳng hạn như Giấy Ủy Quyền hoặc Lệnh Giám Hộ).

**Tôi đồng ý rằng thông tin trên là đúng sự thật và chính xác.**

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

**Vui lòng mô tả mối quan hệ:**

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


**Chữ ký của người đại diện cá nhân:**

Chữ ký:

Ngày:


Health Net Dental sẽ ngừng sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị khi chúng tôi nhận và xử lý biểu mẫu này. Hãy sử dụng địa chỉ gửi thư dưới đây. Quý vị cũng có thể gọi điện theo số điện thoại dưới đây để được trợ giúp.

Vui lòng gọi điện hoặc gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ thông tin qua đường bưu điện tới Health Net. Hãy chờ tối đa 7-14 ngày để chúng tôi xử lý yêu cầu của quý vị.

 **Qua đường bưu điện:** Health Net Dental – Quality Mgt. Dept.  
PO Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110

**Chúng tôi luôn sẵn sàng trợ giúp quý vị!**

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

 **Qua điện thoại:** Health Net Sacramento (GMC):  
877-550-3868 (ban dịch vụ hội viên);  
Health Net Los Angeles (PHP):  
800-977-7307 (ban dịch vụ hội viên).

## **Mẹo!**

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

Health Net of California, Inc. và Health Net Community Solutions, Inc. là các chi nhánh của Health Net, LLC. Health Net là nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của Health Net, LLC. Bảo lưu mọi quyền.

FRM1228195VC01w (9/23)