

Formulario de solicitud de comunicación confidencial de Health Net Dental



Desde Health Net Dental, queremos hacerle saber que usted tiene una opción en cuanto a su información médica protegida (por sus siglas en inglés, PHI). Puede pedirle a Health Net que le envíe cualquier comunicación que contenga PHI directamente a usted.

Las leyes de California estipulan lo siguiente: “Servicios confidenciales se refiere a todos los servicios de salud relacionados con la salud mental o del comportamiento, la salud sexual y reproductiva, las infecciones de transmisión sexual, los trastornos por abuso de sustancias, la atención relacionada con la afirmación de género y la violencia doméstica”.

La PHI incluye su información médica. Estos son ejemplos de comunicaciones que contienen PHI:

- Información sobre sus citas.
- Denegaciones de reclamos, solicitudes de más información sobre reclamos y alertas de reclamos disputados.
- El nombre y la dirección de su proveedor, descripciones de los servicios prestados y otra información de las visitas.

Nota: Si es mayor de 12 años, no necesita la autorización del suscriptor principal del plan de cobertura de salud de su familia para presentar esta solicitud de comunicación confidencial.

Complete este formulario si quiere que le enviemos las comunicaciones que contengan PHI directamente a usted. Dichas comunicaciones se enviarán a una dirección de correo postal o correo electrónico diferente.

Visite www.hndental.com.

Llame o envíe el formulario completo a Health Net.

Tenga en cuenta que procesar esta solicitud puede tomarnos de 7 a 14 días.



Correo postal: Health Net Dental – Quality Mgt. Dept.
PO Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110

Estamos aquí para ayudarle.

Si tiene preguntas, llámenos.



Teléfono: Health Net en Sacramento (GMC):
877-550-3868 (Servicios al Afiliado);
Health Net en Los Angeles (PHP):
800-977-7307 (Servicios al Afiliado)

¡Importante!

Si se inscribió en otro plan, deberá completar este formulario nuevamente con su nuevo número de identificación de afiliado.

Formulario de solicitud de comunicación confidencial de Health Net Dental



Su información:		
Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:
Número de identificación del suscriptor:	Número de teléfono: <i>¿A dónde podemos llamarle si tenemos preguntas?</i>	
Sí. Quiero que me envíen las comunicaciones que contengan mi PHI a esta dirección de correo postal o correo electrónico:		
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo electrónico:		
Certifico y reconozco que la información anterior es verdadera y correcta:		
Firma:	Fecha:	

Nota: La solicitud de comunicación confidencial tendrá validez hasta que el afiliado envíe una revocación de la solicitud o presente una nueva solicitud de comunicación confidencial.

Si firma en nombre del afiliado, explique cuál es su relación a continuación. Si usted es el representante personal del afiliado, indíquelo a continuación y envíenos copias de los formularios que lo respalden, por ejemplo, un poder legal o una orden de tutela.

Certifico y reconozco que la información anterior es verdadera y correcta:	
Nombre del representante personal: (Escriba con letra de imprenta)	
Describa la relación:	
Relación con el afiliado: (Escriba con letra de imprenta)	
Firma del representante personal:	
Firma:	Fecha:

Health Net of California, Inc. y Health Net Community Solutions, Inc. son subsidiarias de Health Net, LLC. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.