



7751 South Manthey Road, French Camp, CA 95231-9802

请求保密通讯

根据《健康保险流通与责任法案》规定，您有权请求我们将您的邮件发送到不同的地址，或通过特定的电话号码联系您。Health Plan 将接受所有合理的请求。如果您认为某人获取您的健康信息可能会对您造成伤害，Health Plan 将始终竭尽所能为您提供帮助。

Health Plan 不会同意通过电子邮件向您发送健康信息。

此表格正反两面均需填写。填写表格后，请将其邮寄或亲自送至以下地址：

Health Plan of San Joaquin
7751 South Manthey Road
French Camp, CA 95231-9802

您也可以将表格传真至 (209) 461-2550，或通过安全电子邮件将表格发送至 Health Plan of San Joaquin。

请说明您希望我们通过保密地址或电话号码与您联系的原因：

请说明您希望我们将您的健康信息邮寄到哪个地址：

街道地址： _____

城市： _____ 州： _____ 邮政编码： _____

请说明我们应该拨打哪个电话号码与您联系： _____。

Health Plan 将致函或致电通知您接受或拒绝请求的决定。如果您在我们接受请求后改变主意，必须来函告知。

会员姓名

Health Plan ID 号码

会员或个人代表签名

日期

请注意，如果您是会员的个人代表，请说明您与该会员的关系：

_____。

您可能需要向我们出示您代表会员请求保密通讯的合法许可证明。

如果您对此表格有疑问，请致电 (209) 942-6320 联系会员服务部。