

نموذج طلب الاتصالات السرية

يُرجى ملء هذا النموذج لاستلام كافة الاتصالات التي تفصح عن معلومات طبية أو إسم مقدّم الخدمة والعنوان المرتبط باستلام الخدمات الطبية على عنوان بديل أو من خلال وسائل بديلة.

الشخص المشمول بالتغطية الذي يطلب الاتصالات السرية:

الإسم: _____

رقم السجل الطبي: _____ تاريخ الميلاد: _____

العنوان: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

البريد الإلكتروني (إذا كان ينطبق ذلك): _____

رقم الهاتف: _____

يُرجى إرسال كافة الاتصالات في المستقبل إلى العنوان الوارد أدناه:

العنوان البديل: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

البريد الإلكتروني (إذا كان ينطبق ذلك): _____

رقم الهاتف: _____

وسيلة بديلة للاتصالات (إذا كان ذلك ينطبق): _____

كيف تود الاتصال بك إذا كان لدينا أسئلة بخصوص هذا الطلب؟

أفهم أن هذا الطلب سيبقى نافذاً إلى أن أعزل الطلب أو أقدم طلباً جديداً.

التوقيع: _____ التاريخ: _____

يرجى إعادة الطلب بعد إكماله وتوقيعه إلى:

.Kaiser Foundation Health Plan, Inc. PO Box 939001, San Diego, CA 92193-9001