

Como Usar Este Formulário

A conclusão deste formulário autorizará a Gestão de Assistência do WellSense a:

- Compartilhe suas Informações de Saúde Protegidas (PHI)* com prestadores de serviços de cuidados da saúde, terceiros ou organizações comunitárias (habitação, alimentos, escolas).
- Receba suas PHIs de seus outros prestadores de serviços de cuidados da saúde e seus agentes.
- Receba Informações Pessoais sobre você de terceiros e organizações comunitárias.

Essas informações são usadas apenas para dar suporte à sua assistência, o que pode incluir lhe conectar a recursos locais, coordenar a assistência entre os seus diferentes prestadores e muito mais.

Informações de Membro (preencha as informações de legível)

Seu número de ID de membro (no seu cartão de ID WellSense)

Sobrenome do membro

Nome do membro

Inicial do meio

Data de nascimento (dd/mm/aaaa)

Endereço

Cidade

Estado

Código postal

Telefone (opcional)

Informações do plano

Selecione todos os planos que esta autorização se aplica a:

Massachusetts

- ☐ MassHealth
- ☐ Crianças Especiais/Cuidados Especiais
- ☐ Planos Clarity
- ☐ Opções de Assistência Sênior

New Hampshire

- ☐ NH Medicaid
- ☐ Planos Clarity NH
- ☐ NH Medicare Advantage

Instruções especiais sobre com quem podemos compartilhar sua PHI

*A PHI inclui quaisquer informações sobre sua saúde, como seu estado de saúde, prontuários médicos ou histórico de pagamento conforme definido pelo HIPAA e também pode incluir registros de distúrbios de uso de álcool e substâncias sob 42 C.F.R. Parte 2.

Autorizo o WellSense a compartilhar minha PHI com os prestadores de serviços de cuidados da saúde e terceiros envolvidos na minha assistência e receber informações pessoais desses mesmos prestadores e terceiros com a finalidade de gerenciar a minha assistência.

Se houver prestadores ou terceiros específicos com os quais você deseja que compartilhemos ou não compartilhemos suas PHIs ou outras instruções especiais, liste-os aqui:

Compartilhe
com: _____

Não compartilhe
com: _____

Observe: sua escolha de excluir determinados prestadores ou terceiros não afetará seu registro, benefícios ou pagamentos pelo WellSense pelo seu plano de saúde.

**Permissão para compartilhar minhas PHIs confidenciais
(rubrique todas as que se aplicarem)**

O WellSense precisa do seu consentimento para compartilhar PHI sensível com terceiros, de acordo com as leis federais e estaduais. Insira as rubricas ao lado da categoria PHI sensível que você dá ao WellSense permissão para compartilhar.

	Rubrica		Rubrica
Aborto		HIV/AIDS	
Assistência/Tratamento de Menor Grávida		Resultados de Mamografia	
Violência Doméstica		Saúde Comportamental/Mental	
Planejamento Familiar		Agressão Sexual	
Teste Genético e Resultados		Doenças Sexualmente Transmissíveis	
Uso de Substâncias/Álcool (incluindo registros de tratamento protegidos segundo normas federais, 42 C.F.R. Parte 2).			

Revogar permissão para compartilhar minhas informações

Esta autorização terminará na data fornecida abaixo OU se meu registro no WellSense terminar.

☐ Compartilhe apenas minhas informações até esta data (DD/MM/AA): _____

Estou ciente de que posso fornecer um aviso por escrito ao WellSense a qualquer momento, que declare que estou revogando a minha permissão. Este aviso deve ser enviado ao endereço da última página. Eu compreendo que revogar a permissão surtirá efeito assim que o WellSense receber e processar a minha solicitação. Se as informações já foram compartilhadas por minha solicitação anterior, eu compreendo que o WellSense é incapaz de retirar essas informações.

Eu compreendo que meus registros de tratamento de uso de substâncias estão protegidos de acordo com as normas federais que regem o Registro de Pacientes com Transtorno de Uso de Substâncias e Confidencialidade, 42 C.F.R. Parte 2 e a Lei de Portabilidade e Prestação de Contas de Seguro Saúde de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Partes 160 e 164 e não podem ser divulgadas sem o meu consentimento por escrito, salvo disposição em contrário na lei. Estou ciente de que, mediante solicitação, posso receber uma lista de entidades às quais foram reveladas informações sobre meu tratamento contra dependência de álcool/drogas.

Aprovação (você OU seu representante pessoal deve assinar e datar este formulário para estar completo)

Assinatura do membro Li e compreendo os termos desta autorização e tive a oportunidade de fazer perguntas sobre este formulário e a divulgação das minhas informações de saúde. Por minha assinatura abaixo, eu por este meio, de forma ciente e voluntária, autorizo a divulgação de minhas informações de saúde da maneira descrita acima.	Informações do Representante Pessoal Um representante pessoal é uma pessoa que tem a autoridade legal de agir em nome de um indivíduo. Uma cópia de uma procuração, formulário de designação de representante pessoal ou outro documento legal deve estar arquivada junto ao WellSense ou ser enviada com este formulário.
Assinatura do Membro/Representante Pessoal	Data

Nome em letra de forma

Envio do formulário

Você pode enviar este formulário por fax, e-mail ou correio.

Por fax

Massachusetts: 617-951-3426

NH: 866-409-5657

Por correio

WellSense Health Plan

A/C: Gestão da Assistência

100 City Square, Suite 200

Charlestown, MA 02129

Por e-mail

Massachusetts: CM.Tel@Wellsense.org

NH: NHCare.Management@Wellsense.org

Observe: o e-mail não é uma maneira segura de transferir informações.

Se você tiver dúvidas sobre PHI ou este formulário, ligue para o número 866-853-5241 (para membros de Massachusetts) ou 855-833-8119 (para membros de New Hampshire)