

# Formulário de Indicação de Representante Pessoal



**Como usar este formulário:** este formulário é usado para fornecer ou cancelar a autoridade de alguém de agir em seu nome. Ao indicar um Representante Pessoal, você autoriza a WellSense a fornecer ao seu Representante Pessoal acesso a suas informações de membro. Todos os campos são obrigatórios. Formulários incompletos ou incorretos serão devolvidos.

OBSERVAÇÃO: se você precisar que alguém aja em seu nome para ajudá-lo a apresentar um recurso, queixa ou solicitação de cobertura, você também deve preencher um **Formulário de Indicação de Representante** (para o Medicare) ou um **Formulário de Indicação de Representante para Recursos** (para todos os outros produtos), que podem ser encontrados na seção de membro do nosso site, em Documentos e Formulários.

## Informações do membro (preencha as informações de forma clara)

Seu número de ID do membro (encontrado no cartão de ID do seu plano)

Sobrenome do membro

Nome do membro

Inicial do nome do meio

Endereço

Cidade

Estado

Código postal

Telefone

## Informações do produto

Selecione todos os produtos que se aplicam a você:

Massachusetts

- MassHealth
- Clarity plans
- Opções de Assistência Sênior

New Hampshire

- NH Medicaid
- NH Medicare Advantage HMO

## Tipo de solicitação

Tipo de solicitação	Instruções
<input type="checkbox"/> Inicial (novo)	Esta caixa é para iniciar uma nova solicitação e entra em vigor mediante o recebimento e processamento por parte da WellSense, e até que você envie uma modificação ou revogação. Preencha todo o formulário.
<input type="checkbox"/> Modificação (alteração)	Esta caixa tem o propósito de modificar uma solicitação existente e entra em vigor mediante o recebimento e processamento por parte da WellSense. Preencha todo o formulário.
<input type="checkbox"/> Revogação/encerramento em _____ (dd/mm/aaaa)	Esta caixa encerra uma solicitação existente e entra em vigor na data que você inserir. A WellSense não é responsável por agir de boa-fé antes do recebimento e processamento desta solicitação. Você só precisa preencher as seções de Informações do membro, Informações do produto, Tipo de solicitação e Assinatura deste formulário.

## Categorias especiais (rubrique todas as que se aplicam)

Podemos precisar da sua permissão específica para compartilhar PHIs sensíveis com outras pessoas, incluindo seu Representante Pessoal. As PHIs especiais listadas abaixo podem não representar benefícios disponíveis para você de acordo com o seu plano. Algumas das PHIs especiais listadas abaixo podem ser aplicáveis a você. **Marque a(s) caixa(s) se você nos dá permissão para compartilhá-las.**

	Rubrica		Rubrica
Testes e resultados genéticos		Agressão sexual	
Saúde mental/saúde comportamental		Abuso de substâncias/álcool	
Violência doméstica		Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)	
HIV/AIDS		Resultados de mamografia	
Aborto			

Eu estou ciente de que o meu histórico de tratamento contra dependência de álcool e/ou drogas está protegido segundo as normas federais que regem o Histórico de Confidencialidade e Uso de Substâncias do Paciente (Confidentiality and Substance Use Disorder Patient Records), 42 C.F.R. Parte 2, e a Lei de Responsabilidade e Portabilidade de Planos de Saúde (Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996 (a "HIPAA"), 45 C.F.R. Partes 160 e 164, e não pode ser revelado sem o meu consentimento, por escrito, salvo se permitido por lei. Eu 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.

## Dados do Representante Pessoal

Eu indico a pessoa abaixo como meu/minha Representante Pessoal:		
Nome do Representante Pessoal (letra de forma)		Data de nascimento
Relação com o membro		
Endereço		
Cidade	Estado	Código postal
Telefone		
Assinatura do Representante Pessoal		

Eu compreendo que, se as partes que autorizo a receber e/ou usar minhas PHIs não estiverem sujeitas às leis federais de privacidade das informações de saúde, elas poderão divulgar minhas PHIs e elas não estarão protegidas pelas leis federais de privacidade das informações de saúde.

**Observação:** a WellSense não mantém registros de tratamentos. A WellSense deve manter em confidencialidade suas PHIs. Ao assinar este formulário, você nos permite compartilhar suas PHIs conforme instruído. Sua decisão não afetará a sua inscrição junto à WellSense.

#### Assinatura do membro

Ao assinar abaixo, eu autorizo consciente e voluntariamente que a WellSense aja conforme solicitado neste formulário. Eu li e compreendo os termos deste formulário e posso entrar em contato com a WellSense para fazer perguntas sobre este formulário e sua finalidade.

Assinatura	Data
------------	------

#### Enviar o formulário preenchido por correio ou fax para:

WellSense Health Plan  
 Attn: Member Services Department  
 529 Main Street, Suite 500  
 Charlestown, MA 02129  
 Fax: 617-897-0884