Formulário de Divulgação de Informações

WellSense HEALTH PLAN

Como usar este formulário: você pode usar este formulário para solicitar seu histórico pessoal de saúde ou fornecer à WellSense permissão para divulgar suas informações de saúde a terceiros.

Importante: a WellSense Health Plan é uma organização de assistência gerenciada, não um prestador de serviços médicos. A empresa não fornece tratamento médico nem mantém registros de tratamentos com relação aos membros da WellSense. A WellSense processa solicitações enviadas por prestadores de serviços médicos e mantém registros dessas solicitações. Os pedidos de prontuários médicos devem ser dirigidos aos prestadores de serviços médicos. Preencher este formulário não impacta no pagamento de serviços cobertos, na inscrição junto à WellSense Health Plan nem sua elegibilidade aos benefícios.

Todos os campos deste formulário são obrigatórios. Formulários incompletos ou incorretos serão devolvidos.

Informações do membro (preencha as informações de forma clara)

Seu número de ID do membro (encontrado no seu cartão de ID da WellSense Health Plan)			
Sobrenome do membro			
Nome		Inicial do nome do meio	
Endereço	Cidade	Estado	Código postal
Telefone			

Informações do produto

Selecione todos os produtos que se aplicam a você:

Massachusetts	**New Hampshire**
☐ MassHealth	☐ NH Medicaid
☐ Clarity plans	☐ NH Medicare Advantage HMO
☐ Opções de Assistência Sênior	

Tipo de solicitação

Tipo de solicitação	Instruções
☐ 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.
☐ 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.
☐ 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.

Destinatário (pessoa ou organização que receberá suas informações)

Eu autorizo a WellSense Health Plan a divulgar minhas informações de saúde protegidas por correio ou e-mail seguro para:

Nome da pessoa ou organização	Número de telefone	
Endereço		
Cidade	Estado	Código postal

Descrição das informações a serem divulgadas (que tipo de informação será divulgada)

Marque todas as caixas aplicáveis	Inclua o prazo para as informações solicitadas	
☐ Conjunto de registros designado (contém cadastro, solicitações, gestão da utilização de medicamentos e informações de gestão dos cuidados)	De	Até
☐ Documentos de decisão sobre benefícios em recursos	Data da decisão final	
☐ Responsabilidade de terceiros	De	Até
☐ Informações do registro de chamadas do atendimento ao membro	De	Até
☐ Informações de compartilhamento de despesas e copagamento	De	Até

Objetivo da divulgação (por que você está solicitando esses arquivos)

Exemplo: por solicitação minha; para resolver o meu recurso; para ajudar com os meus serviços do plano de saúde; para fins legais etc.

Objetivo

Categorias especiais

A legislação federal e estadual exige que você dê permissão específica para a liberação das informações abaixo, mesmo se você tiver marcado uma caixa acima. Indique que você autoriza a WellSense Health Plan a divulgar quaisquer das seguintes informações, bastando **rubricar as opções que se aplicam**.

	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			

Esta autorização permanecerá em vigor até o término da minha inscrição junto à WellSense Health Plan ou até que eu forneça um aviso, por escrito, da minha revogação à WellSense Health Plan, para o endereço listado abaixo, o que ocorrer primeiro. Estou ciente de que qualquer revogação da minha autorização à WellSense Health Plan para a divulgação das minhas informações, conforme descrito acima, entrará em vigor a partir do recebimento e processamento da minha revogação por escrito e que a revogação não será válida quando a WellSense Health Plan já tiver agido com base na minha solicitação.

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.

Aprovação **(você OU seu Representante Pessoal deve assinar e datar este formulário para estar completo)**

Assinatura do membro	**Informações do Representante Pessoal**
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 meio de minha assinatura abaixo, eu desde já, de forma ciente e voluntária, autorizo a divulgação de minhas informações de saúde da maneira descrita abaixo.	Um Representante Pessoal é uma pessoa que tem a autoridade legal de agir em nome de um indivíduo. Uma cópia de uma procuração, o Formulário de Indicação de Representante Pessoal ou outro documento legal deve estar arquivada na WellSense Health Plan ou ser enviada com este formulário.

Assinatura do Membro/Representante Pessoal	Data
Nome em letra de forma	

Enviar o formulário preenchido por correio ou fax para:

WellSense Health Plan

Attn: Privacy Officer

100 City Square, Suite 200

Charlestown, MA 02129

Fax: 617-897-0884