Formulario de solicitud de acceso a la información

WellSense HEALTH PLAN

Tenga en cuenta: este formulario se utiliza para solicitar una copia de su información como socio(a) al Plan de Salud WellSense (WellSense Health Plan). Su información incluye, entre otros, sus reclamos médicos, reclamos de farmacia, copagos, información de gestión de casos, reclamos de la vista y reclamos de salud conductual. El expediente no incluye historiales médicos. Puede solicitar historiales médicos directamente a sus proveedores médicos. Todos los campos son obligatorios. Se devolverán los formularios incompletos o incorrectos.

Datos del socio(a) (escriba claramente en letra de imprenta)

Su número de socio (a) (se encuentra en su tarjeta de socio(a) de WellSense)			
Apellido del socio (a)			
Nombre	Inicial del segundo nombre		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono			

Información solicitada

Describa el tipo de información que está solicitando. **Marque también una de las tres casillas a continuación**:

☐ Solo estoy interesado en acceder u obtener una copia de la información solicitada relacionada con el período entre _____ y _____.

☐ Solo estoy interesado en acceder u obtener una copia de toda la información solicitada que mantiene el Plan de Salud WellSense.

☐ Preferiría recibir la Información Solicitada como un resumen preparado por el Plan de Salud WellSense a un costo de $0.

Entiendo que la información que se me proporcione en virtud de esta solicitud no incluirá notas de psicoterapia, información recopilada en previsión razonable de (o para su uso en) un procedimiento civil, penal o administrativo u otra información limitada o restringida por la legislación aplicable. Si soy padre, madre o tutor legal y solicito acceso a la información de un menor, entiendo además que es posible que no se me proporcione acceso a los registros relacionados con determinadas categorías de tratamiento, tal como exige la ley.

Entiendo que el WellSense Health Plan puede denegar esta solicitud bajo ciertas circunstancias, según lo dispuesto por las leyes federales y estatales que protegen la privacidad de la información de salud. Asimismo, entiendo que, salvo que la legislación aplicable diga lo contrario, tengo derecho a que la denegación de mi solicitud sea revisada por un profesional de atención médica autorizado y seleccionado por el WellSense Health Plan que no haya participado en la decisión del WellSense Health Plan de denegar mi solicitud.

Entiendo que el WellSense Health Plan me notificará su decisión de aprobar o denegar mi solicitud para acceder u obtener una copia de la información solicitada dentro de los treinta (30) días de haber recibido esta solicitud.

Método de recepción de la información	
Por favor, proporcióneme la información solicitada:	☐ Electrónicamente ☐ Copia en papel
Si seleccionó "copia en papel", ¿cómo le gustaría que sea la entrega?	☐ Recoger o ver la información solicitada en un momento y lugar mutuamente acordados ☐ Envíeme por correo la información solicitada a la siguiente dirección (si es diferente a la dirección anterior, escríbala a continuación). _____

Formulario de solicitud de acceso a la información

WellSense HEALTH PLAN

Por la presente autorizo al Plan de Salud WellSense a compartirme la información solicitada anteriormente.

Firma del socio(a)/representante

Fecha

SOLO PARA USO DEL PLAN DE SALUD DE WELLSENSE	
Solicitud recibida el:	Fecha (dd/mm/aaaa)

Envíe por correo o fax el formulario completo a:

WellSense Health Plan
Attn: Privacy Officer
100 City Square, Suite 200
Charlestown, MA 02129

Fax: 617-897-0884

MassHealth: 888-566-0010 | Clarity plans: 855-833-8120 | Senior Care Options: 855-833-8125