Formulario de cobertura del representante personal

Todos los campos son obligatorios. Los formularios que estén incompletos o con errores se devolverán a la dirección del representante personal que se indica a continuación.

Tufts Health Plan* reconoce a una persona con autoridad legal para actuar en nombre de un individuo a la hora de tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud (por ejemplo, un poder de atención médica, un poder notarial, un curador, un tutor legal, etc.) como representante personal de ese individuo.

Si usted es el representante personal de un miembro, complete y envíe este formulario **con su documentación legal** para que se documente en el sistema de Tufts Health Plan.

Información del miembro: individuo del que usted es el representante personal ("Miembro")	
Nombre:	**Número de identificación:**
Dirección particular:	
Ciudad, estado, código postal:	
Fecha de nacimiento:	**Número de teléfono:**

Información del representante personal: persona con autoridad legal para actuar en nombre del miembro	
Nombre:	
Relación con el miembro (por ejemplo, apoderado de atención médica, poder notarial)**:**	
Dirección particular:	
Ciudad, estado, código postal:	
Fecha de nacimiento:	**Número de teléfono:**
Dirección de correo electrónico:**	

**Tenga en cuenta que se requiere una dirección de correo electrónico única. No puede utilizar una dirección de correo electrónico que Tufts Health Plan ya tenga registrada para un miembro u otro representante personal.

Devuelva el formulario cumplimentado y la documentación legal de respaldo a:

Por FAX:	**Por CORREO:**
Con atención a: Servicios para Miembros 1-857-304-6343	Tufts Health Plan Con atención a: Servicios para Miembros - Planes públicos PO Box 524 Canton, MA 02021

Si tiene alguna pregunta con respecto a este formulario, comuníquese con un representante de Servicios para Miembros de Tufts Health Plan al 1-888-257-1985 o TTD: 711.

*Para los propósitos de este formulario, Tufts Health Plan incluye Harvard Pilgrim Health Care, Inc., Harvard Pilgrim Health Care of New England, Inc., HPHC Insurance Company, Inc., Point32 Health Services, Inc. group health plans, Tufts Associated Health Maintenance Organization, Inc., Tufts Health Public Plans, Inc., Tufts Insurance Company, Tufts Benefit Administrators, Inc., Total Health Plan, Inc., CarePartners of Connecticut, Inc. y todos sus afiliados actuales y futuros. Este formulario también se aplica a los proveedores que actúan en representación de las entidades antes mencionadas.