TUFTS Health Plan

a Point32Health company

Formulario de pedido de perfil de reclamaciones

Importante: Se requiere completar todos los campos. Los formularios incompletos o incorrectos serán devueltos.

También puede ver su historial de reclamaciones médicas en el portal seguro para miembros de Tufts Health Plan. Regístrese en **TuftsHealthPlan.com**.

Los perfiles de reclamaciones pueden contener información médica confidencial (tales como diagnósticos, análisis y/o tratamiento del VIH/SIDA, trastornos por el consumo de sustancias, pruebas genéticas y/o enfermedades venéreas), a menos que se indique omitir dichos datos. Tufts Health Plan se reserva el derecho, de acuerdo con las leyes correspondientes, a borrar cierta información/reclamaciones médicas muy delicadas de los perfiles.

Tipo de pedido de perfil: (marque todos los que correspondan)

☐ **Médico** Fecha de los datos solicitados: ____ /____ /____ a ____ /____ /____

☐ **Recetas** Fecha de los datos solicitados: ____ /____ /____ a ____ /____ /____

Información del miembro/representante legal: (un formulario por miembro)

Nombre del miembro (usar letra de imprenta) _____

Número de ident. del miembro _____

Fecha de nacimientodel miembro ____ /____ /____ (mes/día/año)

Firma del miembro (o representante legal*)
Firme y feche aquí _____ Fecha _____

(Si corresponde) Escribir el nombre del representante legal _____

(debe tener más de 18 años de edad) Relación con el miembro _____

*El representante legal se define como el padre o la madre de un menor, el tutor legal, la persona que se desempeña como loco parentis (en lugar de los padres) de un menor o cualquier otra persona con autoridad legalmente otorgada, como un Poder para la Atención Médica o Poder Judicial Durable o Poder Judicial. Para ser reconocido como un representante legal (que no sea el padre o la madre de un menor) por Tufts Health Plan, se debe completar y archivar un formulario de autorización diferente antes de que se pueda completar este pedido.

Declaro que la firma anterior es la mía propia o que tengo la autorización legal para colocar esta firma. Reconozco que firmar el nombre de otra persona en este documento sin la autorización legal podría estar sujeto a un juicio.

Información de contacto del miembro/representante legal

Número de teléfono durante el día _____

El informe será enviado a la dirección que figura en nuestros archivos, a menos que se especifique de otra manera indicando una dirección más abajo:

Dirección _____ Ciudad, estado, código postal _____

Por fax este formulario al:

1-857-304-6307

O envíe este formulario por correo a:

Tufts Health Plan – Member Services

P.O. Box 524

Canton, MA 02021

Uso interno solamente:

Nombre del Representante de Tufts HP: _____ Ext.: _____

Iniciales de SMS: _____ Iniciales del Adm. Sup.: _____ Fecha en que fue completado: _____

Juego parcial _____ Juego completo _____