

Autorização para divulgar registros do MassHealth ou do Health Connector



Endereço postal: MassHealth Privacy Office
One Ashburton Place, 11th Floor
Boston, MA 02108

E-mail: Privacy.Officer@mass.gov
Online: mass.gov/info-details/masshealth-member-records-request

Nome do membro ou requerente: Sobrenome		Nome	Inicial do nome do meio
Data de nascimento	Número de telefone	ID do MassHealth (ou últimos 4 dígitos do SSN)	

Endereço: Rua (incluindo No. do apto., se for o caso)

Cidade	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

E-mail

Autorizo MassHealth e Health Connector a enviar minhas informações de saúde protegidas Para mim Para esta pessoa ou organização

Enviar esses registros pelo: Correio E-mail protegido/criptografado Outros (especifique)

USAR E-MAIL/ENDEREÇO ALTERNATIVO

(preencha esta opção APENAS se quiser que usemos um endereço/e-mail diferente do que consta acima).

Endereço: Rua (incluindo No. do apto., se for o caso)

Cidade	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

E-mail

INFORMAÇÕES A SEREM DIVULGADAS (selecione um período)

- Reivindicações
(mês/ano) _____ até (mês/ano) _____
- Requerimentos
(mês/ano) _____ até (mês/ano) _____
- Avisos
(mês/ano) _____ até (mês/ano) _____
- Outros (especifique o conteúdo) _____

FINALIDADE DA DIVULGAÇÃO (marque uma opção)

- Meu pedido Benefícios Educação Legal
 Outros (especifique) _____

MARQUE SE ESTIVER SOLICITANDO INFORMAÇÕES SOBRE TRATAMENTO DE ÁLCOOL OU USO DE SUBSTÂNCIAS

Compreendo que tenho o direito de retirar minha autorização a qualquer momento. Retirar minha autorização não afetará nenhuma divulgação que o MassHealth tenha feito quando tinha minha permissão. Compreendo que, se eu revogar esta autorização, devo fazê-lo por escrito. As revogações devem ser enviadas ao Escritório de Privacidade do MassHealth por e-mail para privacy.officer@mass.gov ou para o endereço postal fornecido acima.

Compreendo que a autorização da divulgação destas informações de saúde é feita voluntariamente. Minha decisão de usar este formulário não terá nenhum efeito sobre minha inscrição no plano de saúde nem sobre minha qualificação para benefícios. Compreendo que as informações de saúde usadas ou divulgadas mediante esta autorização podem estar sujeitas a nova divulgação pelo destinatário e podem não estar mais protegidas pelos regulamentos federais de confidencialidade. No entanto, o destinatário pode estar proibido de divulgar informações sobre abuso de substâncias. Compreendo que o MassHealth poderá cobrar uma taxa razoável, baseada em custos, para produzir meus registros.

Esta autorização vencerá em ou quando _____. Se eu não indicar uma data ou evento de vencimento, esta autorização vencerá doze meses após a data da assinatura abaixo, a menos que eu a revogue antes. Li cuidadosamente e compreendi o conteúdo acima, as eventuais dúvidas que tive foram esclarecidas de forma satisfatória e, por meio deste, autorizo expressa e voluntariamente a divulgação das informações acima ou dos prontuários médicos sobre minha condição às pessoas ou agências mencionadas acima.

Assinatura do membro/requerente: _____ Data: _____

Assinatura do representante legal: _____ Data: _____

Nome em letra de fôrma do representante legal: _____ Relação com o membro/requerente: _____
(É necessária comprovação do poder legal do representante para agir em nome do membro, caso ainda não conste nos registros do MassHealth.)