

Formulário de permissão para compartilhar informações (PSI)

Use este formulário se desejar autorizar o MassHealth a

- discutir sua elegibilidade com outra pessoa ou organização;
- compartilhar com elas cópias dos avisos sobre sua elegibilidade; ou
- compartilhar cópias do seu histórico com outra pessoa ou organização.

Preencha todas as perguntas da Seção 2 se desejar autorizar o MassHealth a conversar com outra pessoa ou organização sobre sua elegibilidade e compartilhar com ela cópias dos avisos sobre sua elegibilidade. Não preencha a Seção 3, a menos que você queira solicitar que o MassHealth compartilhe cópias físicas dos seus registros. Essa pessoa ou organização pode ser:

- um membro da família, amigo ou outra pessoa de confiança;
- alguém que ajude a cuidar de você;
- alguém que ajude você a preencher formulários do MassHealth; ou
- um assistente social, advogado ou grupo de defesa de cuidados de saúde.

Preencha todas as perguntas da Seção 3 se desejar autorizar o MassHealth a compartilhar cópias dos seus registros com outra pessoa ou organização. Preencha a Seção 3 apenas se desejar que o MassHealth compartilhe cópias físicas dos seus registros. As informações contidas nos seus registros podem incluir:

- Acionamentos do seguro MassHealth detalhando os serviços que você recebeu;
- Inscrições anteriores no MassHealth e informações relacionadas que você nos enviou;
- Avisos do MassHealth que foram enviados a você no passado.

Não use este formulário se quiser

- receber informações sobre você mesmo(a);
- obter cópias de seus próprios registros;
- receber informações sobre seus filhos(as) menores de 18 anos (essas informações geralmente estão disponíveis sem a necessidade de preencher um formulário);
- compartilhar suas informações de elegibilidade e pagamento com seu provedor de serviços de saúde (seu provedor de serviços de saúde pode obter informações sobre os pagamentos feitos referentes a serviços prestados e elegibilidade ao MassHealth sem que você preencha nenhum formulário); ou
- criar caráter representativo de apelação referente a uma audiência justa. Para tal fim, preencha as seções apropriadas do formulário FHR-1 (Solicitação de Audiências Justas) OU preencha um formulário ARD atualizado (Designação de Representante Autorizado). As versões mais recentes de ambos os formulários estão disponíveis em www.mass.gov/service-details/masshealth-member-forms.

Importante: se você julgar necessário preencher este formulário, preencha completamente todas as seções relevantes. Escreva claramente usando letras de imprensa, **lembrando-se de assinar e datar a Seção 7**. Se um representante legal estiver preenchendo este formulário, ele(a) precisa **assinar e datar a Seção 8**.

SEÇÃO 1 Nome do solicitante ou membro do MassHealth

Eu autorizo o MassHealth e seus representantes a compartilhar as informações indicadas na Seção 2 ou na Seção 3 sobre:

Nome do solicitante ou membro cujas informações serão compartilhadas*

Rua*	Cidade*	Estado*	Código postal*
Data de nascimento*	Número de telefone		
Número de identificação do MassHealth (caso tenha)* _____			

Observação: Campos com asterisco * são obrigatórios. Se você não tiver um número de identificação do MassHealth, forneça os últimos quatro dígitos do seu número da previdência social (SSN), caso tenha.

SEÇÃO 2 Autorização para o MassHealth discutir detalhes da sua elegibilidade e compartilhar cópias dos avisos sobre sua elegibilidade

A pessoa ou organização que você indicar na Seção 4 poderá entrar em contato com o MassHealth para obter as informações descritas abaixo, no campo assinalado.

Eu autorizo o MassHealth a:

- discutir detalhes sobre a minha elegibilidade;
- discutir meus benefícios do MassHealth; e
- compartilhar cópias dos avisos sobre elegibilidade com a pessoa ou organização indicada na **Seção 4**.

Observação: esses avisos podem conter informações financeiras. Selecione esta opção apenas se desejar que a pessoa ou organização identificada na Seção 4 possa entrar em contato com o MassHealth para obter informações de elegibilidade e cópias de avisos sobre elegibilidade.

Se você marcar esta opção, o MassHealth enviará cópias dos avisos sobre sua elegibilidade à pessoa ou organização identificada na Seção 4. Elas também podem solicitar cópias dos avisos sobre sua elegibilidade. Tais avisos incluem informações sobre todos os membros de uma família que vivem na mesma residência. Se você selecionar esta opção, todos os membros da sua família com 18 anos ou mais terão que assinar e enviar um formulário PSI separado.

Você também autoriza o MassHealth a compartilhar dados sobre tratamento(s) de dependência de drogas e álcool?

- Sim. O MassHealth pode compartilhar informações sobre tratamento(s) de dependência de drogas e álcool.
- Não. O MassHealth não tem permissão para compartilhar informações sobre tratamento(s) de dependência de drogas e álcool.

Observação: Se você autorizou o MassHealth a compartilhar informações sobre tratamento(s) de dependência de drogas ou álcool para fins de pagamento ou operações de saúde, quem receber esses dados tem permissão para compartilhá-los com seus prestadores de serviços, prestadores terceirizados ou representantes legais para efetuar o pagamento ou as operações de saúde em seu nome.

SEÇÃO 3 Autorização para o MassHealth compartilhar cópias físicas dos seus registros.

A pessoa ou organização indicada na Seção 4 receberá cópias dos registros descritos abaixo, respeitando os campos assinalados.

- Acionamentos do seguro MassHealth detalhando os serviços que você recebeu de (mês/ano) _____ até (mês/ano) _____.
- Inscrições anteriores no MassHealth e informações relacionadas que você nos enviou de (mês/ano) _____ até (mês/ano) _____.
- Avisos do MassHealth enviados a você no passado, de (mês/ano) _____ até (mês/ano) _____.
- Outro (seja específico(a)):

Você também autoriza o MassHealth a compartilhar informações sobre tratamento(s) de dependência de drogas e álcool?

- Sim. O MassHealth pode compartilhar cópias das informações sobre tratamento(s) de dependência de drogas e álcool.
- Não. O MassHealth não tem permissão para compartilhar cópias das informações sobre tratamento(s) de dependência de drogas e álcool.

Observação: se você autorizou o MassHealth a compartilhar informações sobre tratamento(s) de dependência de drogas ou álcool para fins de pagamento ou operações de cuidados de saúde, quem receber esses dados tem permissão para compartilhá-los com seus prestadores de serviços, prestadores terceirizados ou representantes legais para efetuar o pagamento e/ou as operações de cuidados de saúde em seu nome.

SEÇÃO 4 Com quem podemos compartilhar informações?

Escreva o nome de APENAS UMA pessoa ou organização nesta seção. Se quiser nomear mais de uma pessoa ou organização, é necessário preencher um outro formulário PSI. Campos com asterisco * são obrigatórios.

O MassHealth pode compartilhar as informações indicadas na Seção 2 ou Seção 3 com

Nome da pessoa ou organização*

Aos cuidados de (nome da pessoa na organização para quem a correspondência deve ser enviada)

Rua*	Cidade*	Estado*	Código postal*
Número de telefone	E-mail		

SEÇÃO 5 Por que você deseja compartilhar suas informações?

Informe por que você deseja compartilhar as informações indicadas na Seção 2 ou na Seção 3. Se você deixar esta seção em branco, vamos presumir que você tenha dito "a meu pedido".

SEÇÃO 6 Fim da permissão

Este PSI será encerrado dentro de 12 meses, a menos que você indique aqui uma data diferente. Data (mm/dd/aaaa): __ / __ / ____

SEÇÃO 7 Sua assinatura

Eu compreendo as declarações a seguir.

- A pessoa ou organização indicada na Seção 4, de posse das informações do MassHealth, poderá compartilhá-las com outras pessoas sem minha autorização. Caso compartilharemos minhas informações, as leis federais e estaduais de privacidade vigentes podem não oferecer proteção às minhas informações.
- Preciso enviar este PSI ao endereço correto indicado na Seção 9.
- Posso cancelar esta permissão a qualquer momento, bastando enviar uma carta para:
Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780

- Se eu cancelar esta permissão, o MassHealth não poderá revogar nenhuma informação compartilhada durante a vigência da minha autorização.
- Se eu não der permissão para o MassHealth compartilhar informações ou se eu cancelar a permissão para compartilhar informações com a pessoa ou organização indicada na Seção 4, meus benefícios do MassHealth não serão afetados de forma alguma.
- Em determinadas circunstâncias, o MassHealth não poderá compartilhar informações.

Nome do solicitante ou membro (em letras de imprensa)

Assinatura do solicitante ou membro*

Data* (mm/dd/aaaa): ____ / ____ / ____

Campos com asterisco * são obrigatórios.

SEÇÃO 8 Assinatura do representante legal

Preencha a seção a seguir se este formulário for preenchido por alguém com autoridade legal para agir em nome do solicitante ou membro (por exemplo, pais de um filho menor de idade, representante de elegibilidade autorizado ou tutor legal).

Nome impresso da pessoa que preencheu este formulário _____

Assinatura da pessoa que preencheu este formulário _____ Data (mm/dd/aaaa): ____ / ____ / ____

Endereço _____

Número de telefone _____

Autoridade da pessoa que preencheu este formulário em nome do solicitante ou membro:** _____

**Se este formulário for preenchido por um indivíduo com autoridade legal para atuar em nome do solicitante ou membro, como um tutor legal nomeado por um tribunal ou procuração, uma cópia do documento legal aplicável deve ser anexada.

SEÇÃO 9 Como enviar este formulário?

Envie seu formulário para:

Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780

Envie seu formulário por fax para: (857) 323-8300

Se você selecionou opções apenas na Seção 3 referentes à autorização para o MassHealth compartilhar cópias de seus acionamentos do seguro, histórico de conta, avisos ou outros registros, então:

Envie o PSI por e-mail para privacy.officer@mass.gov

ou

Envie por correio para
MassHealth Privacy Office
One Ashburton Place, Room 1109
Boston, MA 02108