

Formulario de solicitud de registros del miembro

Utilice este formulario para solicitar copias de la información médica protegida que está incluida en el grupo de registros designado que mantiene Mass General Brigham Health Plan.

Este formulario tiene como objetivo recopilar toda la información necesaria para localizar, verificar y procesar con precisión una solicitud de registros de conformidad con las reglamentaciones de privacidad y las políticas de organización aplicables. **El llenado de cada campo es obligatorio.**

SECCIÓN 1: Información del miembro

Para personas que solicitan la divulgación de su información ("miembro")

Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:
Número de identificación de miembro:			
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono móvil/celular:			

SECCIÓN 2: Información del beneficiario

La Sección 2 debe completarse solo cuando el miembro autoriza la divulgación de información a una persona o a cualquier tercero. Si los registros están destinados únicamente al uso propio del miembro, esta sección no es obligatoria.

Por el presente, el miembro autoriza a Mass General Brigham Health Plan a divulgar su información a la persona o entidad identificada a continuación ("beneficiario").

Nombre (individual/establecimiento):			
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono móvil/celular:			

Consulte el reverso para la continuación de las secciones e información

SECCIÓN 3: Información que se divulgará

Las divulgaciones se limitarán al mínimo necesario y se realizarán solo según lo permita la ley aplicable. Por el presente, el miembro otorga autorización a Mass General Brigham Health Plan para que divulgue la información que se especifica a continuación al destinatario (indique todas las opciones relevantes).

Reclamaciones de salud conductual
Reclamaciones médicas
Reclamaciones de farmacia
Reclamaciones de salud reproductiva
Consumo de alcohol y sustancias (incluida información sobre los servicios proporcionados por programas de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias con asistencia del gobierno federal)
Otro (especifique)

Fechas de servicio:

De:

Para:

Firma del miembro o representante personal:

Fecha:

Nombre en letra de imprenta:

Relación, si no es el miembro:

Esta autorización es válida solo si está firmada por el miembro, su padre, madre o tutor (si el miembro es menor y no tiene entre 12 y 17 años) o el representante personal del miembro. Si usted no es el miembro, indique su relación arriba y proporcione documentación legal si actúa como representante personal, a menos que ya se la haya presentado.

Para su conveniencia, puede enviar su solicitud por correo postal, correo electrónico o fax de la siguiente manera:

Correo postal: Mass General Brigham Health Plan
Customer Service Department
399 Revolution Drive – Suite 875
Somerville, MA 02145

Correo electrónico: DualsMemberService@mgb.org **Fax:** 617-526-1910

El procesamiento demora 30 días hábiles.

MGBAdvantage.org

H1611_0220LEG_C
H0777_0220LEG_C

Mass General Brigham One Care es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) que tiene un contrato con Medicare y MassHealth (Medicaid) para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

Mass General Brigham SCO (Senior Care Options) es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (Dual Special Needs Plan, D-SNP) que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Commonwealth of Massachusetts. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.