

PEDIDO DE ACESSO A REGISTOS DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS DESIGNADAS

Use este formulário quando quiser ver os seus próprios registos de informações de saúde mantidos pelo Neighborhood.

INSTRUÇÕES

- Secção A:** Preencha o nome do membro, endereço, número de telefone e número de identificação Neighborhood do membro.
- Secção B:** Se for o representante pessoal de um membro, adicione o seu nome aqui e anexe o documento adequado (por exemplo, uma procuração assinada).
- Secção C:** **Selecione os registos do Neighborhood que gostaria de receber.** Tem o direito de consultar o registo das suas informações de saúde protegidas, incluindo inscrições, pagamentos de reembolsos, reclamações e recursos, e registos de gestão de casos (políticas do Neighborhood n.º 000051 e n.º 000655). Esses registos podem não incluir informações como cópias de notas de psicoterapia, informações que recolhemos para fins legais e determinados outros registos.
- Pode optar por ver todos os seus registos ou pedir registos específicos. Inclua as datas desses registos.
- Secção D:** **Escolha como deseja receber esses registos (selecione apenas uma opção).** **Pode solicitar que lhe enviem cópias em papel por correio ou ficheiros eletrónicos por e-mail.** Tenha em atenção que, após os registos lhe serem enviados, estes deixam de estar protegidos pelas leis de privacidade do Neighborhood. Cabe-lhe a si mantê-los seguros e privados. Temos o direito de cobrar uma pequena taxa para copiar os seus registos para si. Entraremos em contacto consigo se não for possível fornecer os seus registos no formato solicitado.
- Secção E:** **O membro DEVE assinar este documento.**
- Devolva este formulário para:** **Neighborhood Health Plan of Rhode Island**
Attn: Compliance Department
910 Douglas Pike
Smithfield, RI 02917

Se precisar de ajuda com este formulário, entre em contacto com o Serviço para Membros do Neighborhood pelo número 1-800-963-1001 (TTY 711).

O INTEGRITY for Duals (HMO D-SNP) e o Dual CONNECT (HMO D-SNP) do Neighborhood Health Plan of Rhode Island são planos de saúde que têm contrato com o Medicare e o Rhode Island Medicaid Program (Programa Medicaid de Rhode Island). A inscrição no plano INTEGRITY for Duals ou Dual CONNECT do Neighborhood Health Plan of Rhode Island depende da renovação do contrato.

PEDIDO DE ACESSO A REGISTOS DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS DESIGNADAS

SECÇÃO A: INFORMAÇÕES DO MEMBRO

Preencha:

NOME		NÚMERO DE TELEFONE DIURNO	
ENDEREÇO			
CIDADE	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DE MEMBRO

SECÇÃO B: REPRESENTANTE PESSOAL

*Preencha esta secção apenas se não for o membro. Escreva o seu nome abaixo e assinale a caixa que descreve a sua relação com o membro. **Anexe um comprovativo da sua relação com o membro (por exemplo, procuração, tutela, etc.).**

Nome do representante pessoal em
letra de imprensa: _____

- ☐ **Tutor legal:** Anexe a documentação de tutela, que deve ter o carimbo e a assinatura do tribunal.
- ☐ **Procuração:** Anexar procuração (deve incluir autorização para divulgação de informações de saúde)
- ☐ **Executor:** Anexe a carta de nomeação de executor, que deve ter o carimbo e a assinatura do tribunal.

SECÇÃO C: DATA DOS REGISTOS

Escolha uma opção:

- ☐ Um resumo de todos os registos durante o seguinte período:

DE _____ **A** _____
MÊS ANO MÊS ANO

- ☐ Registos
específicos: _____

SECÇÃO D: TIPO DE REGISTOS QUE DESEJA RECEBER (assinale uma opção)

- ☐ Cópias em papel
enviadas por correio
para: _____
NOME

ENDEREÇO

CIDADE, ESTADO, CÓDIGO POSTAL
- ☐ Cópias eletrónicas
enviadas
por e-mail seguro: _____
ENDEREÇO DE E-MAIL

SECÇÃO E: ASSINATURA

ASSINATURA DO MEMBRO OU REPRESENTANTE PESSOAL

DATA