Claims Profile Request Form

Please Note: <u>All fields are required</u>. Incomplete or incorrect forms will be returned.

You also can view your claims history at *Tufts Health Member Connect*, our online self-service tool. Sign up at tuftshealthplan.com.

Claim profiles could contain sensitive medical information (such as the diagnosis, testing and/ or treatment of HIV/AIDs, substance use disorder, genetic testing and/or venereal diseases) unless otherwise directed to omit such data. Tufts Health Plan reserves the right, in accordance with applicable law, to delete certain highly sensitive, medical claims/information from profiles.

Type of Profile Request: *(check all that apply)*

☐ **Medical** Date Range of Data Requested ____/____/____ to ____/____/____

☐ **Prescription** Date Range of Data Requested ____/____/____ to ____/____/____

Member / Legal Representative Information: *(one form per member)*		
Member Name *(please print)*		
Member ID Number		
Member Date of Birth	_____/_____/_____ *(month/day/year)*	
Member Signature (or Legal Representative*) Sign & Date Here →		**Date:**
(If applicable) **Print Name of Legal Representative**		
(must be over 18 years of age) **Relationship to Member**		

* A Legal Representative is defined as a parent of a minor child, a legal guardian, a person acting in loco parentis (in place of parent) of a minor child or any other person with legally granted authority, such as a Health Care Proxy or Durable Power of Attorney or Power of Attorney. To be recognized as a legal representative (other than a parent of minor child) by Tufts Health Plan, a separate authorization form must be completed and on file with us before this request can be completed.

I represent that the signature above is my own or that I have been legally authorized to affix the signature. I recognize that signing the name of another person to this document without legal authorization may be subject to prosecution.

Contact Information for Member / Legal Representative	
Daytime Phone Number	
Report will be mailed to the address on record, unless otherwise specified by providing an address below:	
Address:	
City, State, Zip Code	

Please Fax this Form to:	**857-304-6307**	**or mail this form to:**	**Tufts Health Plan – Member Services P.O. Box 524 Canton, MA 02021**

Internal Use Only:

Tufts HP Representative Name: _____ Ext.: _____

SMS Initials: _____ Adm. Sup. Initials: _____ Date Completed: _____

Partial Record Set _____ Full Record Set _____

Formulario de pedido de perfil de reclamaciones

Por favor, note: <u>Se requiere completar todos los campos</u>. Los formularios incompletos o incorrectos serán devueltos.

También puede ver su historia de reclamaciones en *Tufts Health Member Connect*, nuestra herramienta de autoservicio en línea. Inscríbase en tuftshealthplan.com/memberconnect.

Los perfiles de reclamaciones pueden contener información médica sensible (tales como los diagnósticos, análisis y/o tratamiento del VIH/SIDA, trastornos del uso 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 altamente sensibles 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 *(por favor, usar letra de imprenta)*		
Número de ident. del miembro		
Fecha de nacimiento del 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**		

* *Un representante legal se define como un padre de un menor, un tutor legal, una persona que se desempeña como loco parentis (en lugar de los padres) de un menor o cualquier otra persona con autoridad legalmente otorgada, tales 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 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 de nuestros archivos, a menos que se especifique de otra manera indicando una dirección más abajo:	
Dirección	
Ciudad, estado, código postal	

Por favor envíe por fax este formulario al:	**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 _____