



# Claims Profile Request Form

**Please Note: All fields are required. 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/memberconnect](http://tuftshealthplan.com/memberconnect).

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)**

<input type="checkbox"/>	<b>Medical</b>	Date Range of Data Requested	____/____/____	to	____/____/____
<input type="checkbox"/>	<b>Prescription</b>	Date Range of Data Requested	____/____/____	to	____/____/____

**Member/Legal Representative Information: (one form per member)**

<b>Member Name</b> <i>(please print)</i>		
<b>Member ID Number</b>		
<b>Member Date of Birth</b>		____/____/____ <i>(month/day/year)</i>
<b>Member Signature</b> <b>(or Legal Representative*)</b> <b>Sign &amp; Date Here</b> →		<b>Date:</b>
<i>(If applicable)</i> <b>Print Name of Legal Representative</b> <i>(must be over 18 years of age)</i>		
<b>Relationship to Member</b>		

\*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**

<b>Daytime Phone Number</b>	
Report will be mailed to the address on record, unless otherwise specified by providing an address below:	
<b>Address</b>	
<b>City, State, Zip Code</b>	

<b>Please fax this form to:</b>	<b>857.304.6307</b>	<b>or mail this form to:</b>	<b>Tufts Health Plan – Member Services P.O. Box 9194 Watertown, MA 02471-9194</b>
---------------------------------	---------------------	------------------------------	---

*Internal Use Only:*

Tufts HP Representative Name: _____		Ext.: _____
SMS Initials: _____	Adm. Sup. Initials: _____	Date Completed: _____
Partial Record Set _____	Full Record Set _____	

**Por favor, note: Se requiere completar todos los campos. 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. Inscríbese en [tuftshealthplan.com/memberconnect](http://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)**

<input type="checkbox"/>	<b>Médico</b>	Fecha de los datos solicitados: ____/____/____ a ____/____/____
<input type="checkbox"/>	<b>Recetas</b>	Fecha de los datos solicitados: ____/____/____ a ____/____/____

**Información del miembro/representante legal: (un formulario por miembro)**

<b>Nombre del miembro</b> <i>(por favor, usar letra de imprenta)</i>		
<b>Número de ident. del miembro</b>		
<b>Fecha de nacimiento del miembro</b>	____/____/____ <i>(mes/día/año)</i>	
<b>Firma del miembro (o representante legal*)</b> <b>Firme y feche aquí</b> →		<b>Fecha:</b>
<i>(Si corresponde) Escribir el nombre del representante legal (debe tener más de 18 años de edad)</i>		
<b>Relación con el miembro</b>		

\* \*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**

<b>Número de teléfono durante el día</b>		
El informe será enviado a la dirección de nuestros archivos, a menos que se especifique de otra manera indicando una dirección más abajo:		
<b>Dirección</b>		
<b>Ciudad, estado, código postal</b>		

<b>Por favor envíe por fax este formulario al:</b>	<b>857.304.6307</b>	<b>O envíe este formulario por correo a:</b>	<b>Tufts Health Plan – Member Services P.O. Box 9194 Watertown, MA 02471-9194</b>
--	---------------------	--	---

*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 _____