

Solicitud de Autorización del Afiliado

Operaciones Comerciales / IDC

Usted puede otorgar a Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC) autorización por escrito para divulgar su Información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) a cualquier persona o entidad que usted designe y para cualquier propósito. Si desea autorizar a alguien para que reciba su PHI, por favor complete el formulario a continuación.

Padres / tutores legales: Queremos poder hablar con usted en nombre de su hijo dependiente (mayores de 18 años o entre las edades de 14-18 años para cierto diagnóstico) acerca de su información de salud protegida. Por esta razón, estamos obligados a tener su consentimiento al completar este formulario.

AFILIADO DE QUIEN SE DIVULGARÁ LA INFORMACIÓN:

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido del afiliado: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL AFILIADO: NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRIPTOR (de su tarjeta del seguro)

/ /

MES DIA AÑO

El propósito de esta divulgación es:

para ayudarme con mi plan de salud para coordinar y manejar mi atención médica Otro _____

Por solicitud mía, autorizo a Blue Cross NC a divulgar mi Información de salud protegida a (Si lo desea, puede designar a más de una persona. Sin embargo, debe rellenar un formulario por persona):

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Relación con el afiliado _____

Por favor suministre la siguiente información a la persona a quien usted ha autorizado de manera que podamos verificar la identidad de la persona y la autoridad para recibir su PHI: (i) el número de identificación del suscriptor, (ii) su fecha de nacimiento, y (iii) la dirección del suscriptor.

Autorizo a Blue Cross NC para que divulgue la siguiente Información de salud protegida a la persona o entidad que aparece anteriormente en este documento. MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> TODA la información solicitada | <input type="checkbox"/> Información sobre el pago de primas |
| <input type="checkbox"/> Información de inscripción | <input type="checkbox"/> Información sobre la explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) |
| <input type="checkbox"/> Información de beneficios | <input type="checkbox"/> Toda la información sobre reclamaciones |
| <input type="checkbox"/> Todos los servicios de un proveedor específico de atención médica (escriba el nombre del proveedor): _____ | |

Otro (por favor escriba la Información de salud protegida específica o las fechas): _____

Si corresponde, esta información puede contener datos sensibles, incluyendo datos relacionados con el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual o transmisibles, el VIH/SIDA, enfermedades mentales y de salud del comportamiento (excepto las notas de psicoterapia), pruebas genéticas y terminación del embarazo.

Si corresponde, autorizo a Blue Cross NC a divulgar información sobre el abuso de alcohol/sustancias relacionadas con la solicitud anterior. Sí No

CONTINUA EN LA SIGUIENTE PÁGINA

Aviso: Esta autorización entrará en vigencia en la fecha en que Blue Cross NC la ingrese al sistema, generalmente (5) días después de recibirla. Si desea que esta autorización entre en vigencia en una fecha posterior, por favor escriba la fecha aquí:

→ / /
MES DÍA AÑO

Deseo que esta autorización tenga fecha de vencimiento el (escriba la fecha):

→ / /
MES DÍA AÑO

0

Cuando mi póliza del seguro termine

(Si no hay una fecha de vencimiento, esta autorización vencerá doce (12) meses después de la fecha en que se recibió).

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionándole a Blue Cross NC una notificación por escrito enviada por correo a la dirección que aparece al final de este formulario. También comprendo que la revocación no afectará ninguna acción que Blue Cross NC haya tomado con relación a esta autorización antes que recibiera por escrito mi notificación de revocación.

También entiendo que esta autorización no afectará la estipulación o el pago de los beneficios de mi seguro médico.

Además, comprendo que si las personas o entidades que yo autorizo para recibir mi Información de salud protegida no están sujetas a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) u otras leyes federales de privacidad de la información de salud, pueden divulgar de ahí en adelante dicha información y podría dejar de estar protegida por «HIPAA».

Sin embargo, si esta información está protegida por las Regulaciones Federales de Confidencialidad sobre el Abuso de Sustancias, el receptor no puede volver a divulgar dicha información sin mi autorización escrita, a menos que las leyes estatales o federales dispongan lo contrario.

Firma: _____

FECHA
 / /
MES DÍA AÑO

Si lo firma una persona diferente al afiliado (escriba su nombre completo en letra imprenta): _____

Describa su autoridad para actuar en nombre del afiliado (ejemplo: poder legal, orden de un juzgado, padre de un menor de edad, etc.): _____

AVISO: Por favor adjunte el documento legal que lo acredita como el representante personal si usted no lo ha enviado a nosotros previamente.

Devuelva esta autorización a:

Commercial Operations / IDC
Blue Cross and Blue Shield of North Carolina
PO Box 2291
Durham, NC 27702-2291

Aviso de no discriminación y accesibilidad

Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC) proporciona:

- Asistencia gratuita a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, a través de intérpretes calificados o información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como intérpretes calificados o información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente o al número de; TTY que aparece en el reverso de su tarjeta del seguro.

Puede presentar una queja en persona o por correo regular, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, la Coordinación de derechos civiles de la Oficina de políticas de políticas de privacidad, éticas y corporativas puede ayudarle. También puede presentar una queja de los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en:

En línea:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

Correo:

U.S. Department of Health & Human Services

200 Independence Avenue, SW Room 509F

HHH Building Washington, D.C., 20201

Teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en

línea en <http://www.hhs.gov/civil-rights/>

[filing-a-complaint/index.html](http://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html)

Este aviso o anexos pueden tener información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de Blue Cross NC. Revise las fechas claves. Puede que necesite actuar dentro de ciertos plazos establecidos para mantener su cobertura médica o para ayudarle con los costos. Usted tiene el derecho a obtener esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Si necesita estos servicios, llame al Servicio al Cliente o al número TTY que figura en el reverso de su tarjeta del seguro.

La discriminación es contra la ley

Blue Cross and Blue Shield of Carolina ("Blue Cross NC") cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables. Por ello no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross NC no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

BLUE CROSS®, BLUE SHIELD®, los símbolos de la cruz y el escudo and Shield y las marcas de servicio son marcas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield. Blue Cross NC es un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

