

PO Box 30055, Durham, NC 27702-3055

**Formulario de autorización de representación de apelación de afiliados**

Autorizo a Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC) a divulgar cualquier información protegida de mi salud (PHI), incluida cualquier información que pueda estar relacionada con trastornos por uso de sustancias, a mi representante nombrado a continuación con el fin de resolver mi apelación. Entiendo que esta información puede contener datos confidenciales, incluidos datos relacionados con la atención de la salud reproductiva, el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual o contagiosas, el VIH/SIDA, la salud mental y del comportamiento (excepto las notas de psicoterapia) y las pruebas genéticas. Además, entiendo que las personas a las que he dado permiso para recibir mi información protegida de mi salud pueden no estar sujetas a las leyes federales de privacidad de la información médica y que pueden divulgar mi información y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad de la información médica.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a Blue Cross NC. Entiendo que revocar esta autorización no afectará ninguna acción que Blue Cross NC haya tomado antes de recibir mi notificación de revocación.

Además, entiendo que Blue Cross NC no condicionará la prestación de los beneficios de mi plan de seguro médico debido a esta autorización. Esta autorización caducará al momento de la resolución de esta apelación.

Tenga en cuenta que, al completar y enviar este formulario, usted otorga autoridad a un tercero (como un proveedor u otro representante) para presentar una apelación en su nombre. Usted es consciente de que usted o su representante autorizado pueden enviar información adicional para incluirla en la apelación o revisión externa. **Este formulario no pretende ser su solicitud de apelación real.** Asegúrese de que su solicitud de apelación sea enviada por su representante si aún no nos la ha enviado.

**Atención:** Esta autorización no se aceptará, si:

- Tiene fecha anterior a la fecha de la determinación adversa de beneficios en disputa.
- Si su firma no está en este documento y usted es el paciente, y tiene 18 años o más.

**Todos los campos son obligatorios, incluida la firma del afiliado y la fecha.**

<b>Nombre del paciente:</b>	<b>Persona o entidad autorizada a actuar en su nombre:</b>
<b>Número de identificación del afiliado:</b>	<b>Número de teléfono del representante:</b>
<b>Fecha de nacimiento del paciente:</b>	<b>Nombre del proveedor:</b>
<b>Número(s) de reclamación o descripción del servicio:</b>	<b>Fecha(s) del servicio:</b>

\_\_\_\_\_  
**Firma del afiliado** (si el afiliado es un menor de edad,  
se requiere la firma del padre o madre)

\_\_\_\_\_  
**Fecha**