BlueCross BlueShield of North Carolina

Un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Solicitud de autorización del afiliado

Operaciones comerciales / IDC

Usted puede otorgar a Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (BCBSNC) 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. **El hecho de diligenciar este formulario, no cambiará la manera en que BCBSNC se comunica con sus afiliados o suscriptores.**

AFILIADO DE QUIEN SE DIVULGARÁ LA INFORMACIÓN:

Primer nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido

MES / DÍA / AÑO

FECHA DE NACIMIENTO DEL AFILIADO

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRIPTOR (de su tarjeta del seguro)

Por solicitud mía, autorizo a BCBSNC a divulgar mi Información de salud protegida a (escriba el nombre de la persona o entidad que recibirá su PHI):

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 BCBSNC 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:

- ☐ TODA la información solicitada
- ☐ Información de inscripción
- ☐ Información de beneficios
- ☐ Información sobre el pago de primas
- ☐ Información sobre la Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB)
- ☐ Toda la información sobre reclamaciones
- ☐ 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 desea autorizar a alguien para que tenga acceso a su Información de salud protegida acerca de salud mental o tratamiento de la toxicomanía, por favor comuníquese con la compañía encargada de esa especialidad al número que aparece al respaldo de su tarjeta del seguro para solicitar un formulario de autorización por separado.

Aviso: Esta autorización entrará en vigencia en la fecha en que BCBSNC la ingrese al sistema, generalmente 5 días después de recibirla. Si desea que esta autorización entre en vigencia en un 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 **O** ☐ **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 BCBSNC 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 BCBSNC 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».

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