

Formulario de solicitud de comunicación confidencial

Use este formulario para solicitar a Blue Cross and Blue Shield of Texas, o bien a uno de sus socios comerciales, que se comunique con usted en una ubicación diferente o por un medio alternativo, o para que finalice o cambie una solicitud de comunicación confidencial otorgada previamente.

Por medio de este formulario, una persona puede ejercer su derecho de solicitar a Blue Cross and Blue Shield of Texas, o bien a uno de sus socios comerciales, que use una dirección diferente cuando deba comunicar información médica protegida para evitar poner en peligro a esta persona. Debe completar todos los campos de este formulario.

Si se cumplen todos los requisitos que se indican a continuación, aprobaremos su solicitud inicial:

1. Su solicitud es razonable.
2. Usted indica claramente que, si no respetamos esta solicitud, podríamos poner en peligro su persona.
3. Brinda una ubicación o un lugar alternativo razonable donde nos podamos comunicar con usted.
4. Brinda una explicación razonable sobre cómo se efectuarán los pagos (si corresponde), en caso de que use la ubicación diferente.

NO USE ESTE FORMULARIO PARA SOLICITAR UN CAMBIO DE DIRECCIÓN.

Si necesita ayuda para completar este formulario, o para cambiar su dirección, llame al número de Servicio al Cliente, que aparece al dorso de su tarjeta de identificación de asegurado.

UNA VEZ QUE EL FORMULARIO ESTÉ COMPLETO Y FIRMADO, ENVÍELO POR CORREO O CORREO ELECTRÓNICO A:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
P.O. Box 805106
Chicago, IL 60680-4112
OCA_SSD@bcbstx.com

¿Cree que correría peligro si su información médica protegida (PHI) se enviara por correo a su dirección actual?

Sí **No**

Sección A: Solicitud de comunicación confidencial o finalización/modificación de solicitud previa

Elija alguna de las siguientes opciones:

- Solicitud inicial: Este formulario constituye una solicitud de comunicación confidencial inicial. (Complete todo el formulario).
- Modificación de una solicitud previa: Este formulario sirve para modificar (p. ej., cambiar la dirección alternativa) de una solicitud de comunicación confidencial aprobada previamente. (Complete todo el formulario).



Sección B: La persona para la cual se solicita comunicación en una ubicación diferente. Complete el siguiente formulario:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico (si corresponde): _____

Fecha de nacimiento: _____

Número del Seguro Social: _____

Número de identificación del asegurado: _____

Sección C: Complete la siguiente información sobre la solicitud de comunicación confidencial:

Ubicación alternativa

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico (si corresponde): _____

Indique cuántos pagos (si corresponde) se gestionarán a través de la ubicación alternativa que solicitó.

Si se otorga su solicitud, tenga en cuenta lo siguiente:

1. La solicitud se aplica solo a su cobertura vigente. Si se produce algún cambio en su información, incluido el número de asegurado principal o grupo, cambios en la cobertura de beneficios (p. ej., se agrega cobertura dental), debe enviar una nueva solicitud de comunicación confidencial.
2. La solicitud vencerá dieciocho (18) meses después de que termine su cobertura de beneficios.
3. Blue Cross and Blue Shield of Texas y sus socios comerciales solo son responsables de la PHI que ellos divulguen a la dirección alternativa que usted ha designado en la Sección C.

Sección D: Firma: Este documento debe estar firmado por el solicitante, uno de los padres del menor de edad o por el representante personal del solicitante.

Le solicito a Blue Cross and Blue Shield of Texas que divulgue mi PHI según se especifica en la Sección C más arriba. Comprendo que Blue Cross and Blue Shield of Texas no tiene ninguna obligación de aceptar mi solicitud. Comprendo que recibiré una determinación por escrito relacionada con mi solicitud. Comprendo que, si firmo en nombre de un menor de edad, esta solicitud vencerá cuando el menor cumpla 18 años de edad, a menos que se presente una prueba de tutoría legal.

Firma del asegurado

Fecha

Sección E: Si la Sección D está firmada por un representante personal, complete la información que aparece a continuación:

Representante legal elegido o tutor

Si el asegurado ha elegido a una persona para que firme este formulario en su nombre, esa persona debe completar los espacios a continuación.

Adjunte copia de un poder para atención médica, una orden judicial u otro documento que pruebe que esta persona puede actuar en nombre del asegurado.

Representante legal o tutor (nombre completo en letra de imprenta): _____

Vínculo legal con el asegurado: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Para obtener asistencia y servicios auxiliares, o para obtener interpretación oral o escrita para entender la información que se le brinda, lo que incluye materiales en formatos alternativos, como letra grande, braille u otros idiomas, llame al número de Servicio al Cliente de BCBSTX que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta del plan.

Blue Cross and Blue Shield of Texas cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of Texas no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Texas:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Civil Rights Coordinator.

Si considera que Blue Cross and Blue Shield of Texas no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, Civilrightscoordinator@hcsc.net. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

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

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-710-6984 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-710-6984 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-710-6984 (TTY: 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-710-6984 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-710-6984 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-855-710-6984 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-710-6984 (ATS: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें।

اب. دشاب یم مهارف امش یارب ناگیار تروص هب ینابز تلایهست، دینک یم وگتفگ یسراف نابز هب رگا: هجوت 1-855-710-6984 (TTY: 711) دیریگب سامت.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-710-6984 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-710-6984 (телетайп: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-710-6984 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-855-710-6984 (TTY: 711).