



Respuesta de enmienda rechazada

Use este formulario para responder a nuestro rechazo de su solicitud de enmienda o para solicitar que su solicitud de enmienda original y nuestro rechazo se adjunten a las futuras divulgaciones de información médica protegida (PHI, en inglés) que usted deseaba enmendar. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al número gratuito de Servicio al Cliente, que aparece al dorso de su tarjeta de identificación de asegurado. Debe completar todos los campos de este formulario.

Necesitaremos una copia de nuestra carta de rechazo original para poder responder a esta solicitud.

UNA VEZ QUE EL FORMULARIO ESTÉ COMPLETO Y FIRMADO, ENVÍELO POR CORREO ELECTRÓNICO O CORREO A: OCA_SSD@BCBSTX.COM

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

Sección A: Persona a quien se le ha rechazado la enmienda. Complete la siguiente información:

Nombre _____ **Núm. de grupo** _____ **Número de asegurado principal/identificación** _____

Número del Seguro Social _____ **Fecha de nacimiento** _____

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Código de área y número de teléfono _____ **Dirección de correo electrónico (si corresponde)** _____

Sección B: Seleccione la opción adecuada. Puede seleccionar solo una opción:

- Opción 1:** Solicito que adjunten la siguiente declaración de disconformidad a mi conjunto de registros designados. (Limite su respuesta al espacio provisto a continuación)
- _____
- _____
- _____
- Opción 2:** No deseo enviar una declaración de disconformidad. En cambio, solicito que incluyan mi solicitud de enmienda original y el rechazo correspondiente en cualquier futura divulgación de la PHI que solicité que se enmendara.

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

Comprendo que solo puedo firmar en nombre de un menor de edad si este es menor de 18 años, a menos que se presente una prueba de tutoría legal.

Firma _____

Fecha: mes/día/año _____

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

Si usted firma este documento como apoderado, tutor legal, albacea o administrador, debe adjuntar una copia de los documentos legales. Usted **NO DEBE** adjuntar copias de estos documentos si ya están incluidos en los registros de Blue Cross and Blue Shield de Texas.

Nombre del representante personal _____

Relación con la persona _____

Dirección del representante personal _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

Código de área y número de teléfono del representante personal _____

Dirección de correo electrónico del representante personal (si corresponde) _____

Queda terminantemente prohibido efectuar cambios en el formato, el contenido o en las marcas de este formulario sin la revisión y aprobación de la Oficina de Confidencialidad de HCSC. Envíe las solicitudes de cambios a Privacy_Office@bcbsil.com.

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@hsc.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).