



Instrucciones para llenar el formulario de autorización estándar

Para llenar el formulario, pase a la página 4 de 7

Utilice este formulario para autorizar a Blue Cross Blue Shield of Texas a que divulgue su Información de salud protegida [*Protected Health Information, PHI*, en inglés] a una persona o entidad específica. Puede seguir las instrucciones que proporcionamos a continuación o para recibir ayuda para llenar el formulario, puede llamar al número de Servicio al Cliente que se encuentra en su tarjeta de asegurado. Llene todo el formulario.

Por favor recuerde que:

- Se puede utilizar **un formulario de autorización** para varios y/o para una serie de servicios o proveedores.
- **Los formularios de autorización** se pueden llenar para cada reclamación, cada procedimiento o para servicios en un período de tiempo específico.
- El uso del **formulario de autorización** por un **individuo** siempre se hace voluntariamente.

I. Individual (Nombre e información de la persona cuya Información de salud protegida se está divulgando):

Jane Doe		05-10-1962	
Nombre		Fecha de nacimiento	
123456	XOP123456789	###-##-####	
N.º de Grupo		N.º de Seguro Social	
123 Main Street	Anytown	TX	12345
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
312-555-1212			
Código de área y teléfono			

Toda la información en la **Sección I** pertenece a la persona para quien se solicita la autorización. Dicha persona puede ser el asegurado, su cónyuge, un dependiente u otra **persona** que está cubierta por el seguro o que esté solicitando la cobertura de seguro bajo el plan del asegurado. Se **exige** que se llenen todos los campos de esta sección. En este ejemplo, *Jane Doe* es la persona para quien se solicita la autorización.

II. Autorización y propósito:

Yo solicito y yo autorizo a Blue Cross and Blue Shield of Texas a que divulgue mi Información de salud protegida según se describe a continuación. **Yo entiendo que si la persona/organización que autorizo para recibir y utilizar la información no es un plan de seguro médico ni un proveedor de servicios médicos, la información que se divulga a lo mejor ya no esté protegida por los reglamentos federales de privacidad.**

Suzu Smith	Hija	Ayudar en la atención médica	
Personas/organizaciones autorizadas para recibir su información	Relación o parentesco	Propósito	
456 Mill Road	Happytown	TX	45678
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal

La Sección II identifica a la persona/entidad que recibirá la Información de salud protegida de la persona que se identifica en la Sección I. Una persona puede autorizar la divulgación de su Información de salud protegida a un amigo íntimo, a un agente de seguros, a un abogado o a un integrante específico del personal encargado de los beneficios que ofrece la empresa para la que trabaja. Además, la persona puede autorizar la divulgación a una organización. Incluya la información que identifique los títulos de los puestos de trabajo de los que recibirán la Información de salud protegida (por ejemplo, los representantes encargados de los beneficios, el departamento de recursos humanos, la Agencia de Seguros XYZ, etcétera). En este ejemplo, *Jane Doe* ha identificado a su hija, *Suzu Smith*, como la persona que está autorizada para recibir su información.

III. Descripción específica de información que se utilizará o divulgará (Favor de llenar las **Partes A y B** de esta Sección)

NO SE PUEDE utilizar esta autorización para divulgar Apuntes de psicoterapia.

La Sección III ayudará a determinar qué información de salud protegida permite la persona que se identifica en la Sección I que reciba la persona/entidad que se identifica en la Sección II. Esta Sección tiene dos partes y se tienen que llenar las dos.

A. Divulgación de Información sensible de salud protegida conforme a las leyes estatales

Usted tiene que marcar “sí” o “no” si autoriza la divulgación de la información médica, los resultados de los análisis, los expedientes o las comunicaciones específicas sobre (**aviso: “sí” quiere decir que esta información se incluye en las categorías que usted indique en la Parte B a continuación**):

- Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o VIH/ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida **Sí**
- Enfermedades de transmisión sexual o enfermedades “contagiosas” (incluye tanto la hepatitis como las enfermedades venéreas); **No**
- Abuso de drogas, bebidas alcohólicas o sustancias adictivas;
- Discapacidades del desarrollo o la salud mental (incluso el retraso mental u otras discapacidades parecidas, por ejemplo, las que son atribuibles a la parálisis cerebral, al autismo o a la disfunción neurológica); y
- Pruebas genéticas.

La Sección III A. pregunta si la persona que concede la autorización y que se identifica en la Sección I desea que la persona/entidad que se identifica en la Sección II reciba la Información **sensible** de salud protegida [**Sensitive Protected Health Information, SPHI**]. La Información sensible de salud protegida incluye cierto tipo de información de salud para las cuales las leyes de varios estados exigen protecciones adicionales. Se tiene que seleccionar “**Sí**” o “**No**”. En este ejemplo, *Jane Doe* acepta que *Suzy* reciba su Información sensible de salud protegida.

B. Divulgación de Información de salud protegida (marque uno o más)

Fechas de servicio

Del: Al:

<input type="checkbox"/> Información sobre los beneficios del plan de seguro médico:	Incluye información que se encuentra en su certificado de beneficios (es decir, copagos, coseguro, elegibilidad y otra información sobre los beneficios).	_____	_____
<input checked="" type="checkbox"/> Información sobre las reclamaciones:	Incluye información correspondiente al pago de sus reclamaciones por los servicios que haya recibido, incluso la información pertinente que se encuentre en un formulario de reclamaciones (es decir, el monto de la facturación, las descripciones generales del procedimiento de pago de reclamaciones o razones por el rechazo, etcétera).	6-12-05	4-30-08
<input type="checkbox"/> Información sobre las determinaciones referentes a los servicios:	Incluye toda información correspondiente a las decisiones previas a la prestación de los servicios, concurrentes o después de la prestación de los servicios.	_____	_____
<input type="checkbox"/> Información sobre las primas:	Incluye información correspondiente a los períodos de facturación, los cambios en cheques de cajero, etcétera.	_____	_____
<input type="checkbox"/> Servicios de (un proveedor o abastecedor):	Nombre del proveedor: _____ (Incluye información correspondiente a los servicios prestados por un proveedor o abastecedor en específico.)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro:	_____ (Especifique otra información no enumerada en una de las categorías arriba.)	_____	_____

HCSC

La Sección III B. pide los tipos específicos de la información que la persona que se identifica en la Sección I autoriza a BCBSTX a divulgarla a la persona/entidad que se identifica en la Sección II. En este ejemplo, *Jane Doe* está autorizando a BCBSTX a que le proporcione a su hija información sobre sus reclamaciones del período de tiempo que se indica. “Fechas de servicio” significa la divulgación de la información sobre los servicios de atención médica que recibió la persona durante un período de tiempo específico. Por ejemplo, en este caso *Jane Doe* está autorizando a BCBSTX a que divulgue la información sobre las reclamaciones por los servicios de atención médica que se prestaron del 12 de junio del 2005 hasta el 30 de abril del 2008.

IV. Fecha de vencimiento y revocación:

Fecha de vencimiento: Esta autorización vence en (tiene que seleccionar uno):

- Un año a partir de la fecha en que se firmó
- Otro (anote la fecha o el suceso): _____

Derecho a revocar: Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento con tal que yo envíe un aviso por escrito a la dirección que se indica al pie de este formulario. Yo **entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que haya tomado la entidad cuyo nombre se indica más arriba basándose en esta autorización antes que la entidad cuyo nombre se indica más arriba, haya recibido mi aviso escrito de la revocación.**

La Sección IV. pide la fecha de “vencimiento” y una declaración referente al derecho de revocar de la persona. Todas las autorizaciones válidas tienen que tener una fecha de vencimiento o un suceso específico en que se vence (por ejemplo, “**la fecha en que se termine la hospitalización**”, “**la fecha en que se termine la rehabilitación**”, etcétera). En este ejemplo, la autorización permanecerá válida por un plazo de un año a partir de la fecha en que se firmó, o hasta que *Jane Doe* revoque la autorización.

V. Firma (Ya sea la persona que solicita, su representante personal o el papá o la mamá de un menor de edad tienen que firmar este documento):

Yo entiendo que esta autorización se hace voluntariamente y que el plan de seguro médico no puede estipular la firma de esta autorización como condición de mi elegibilidad para recibir beneficios, tratamientos o para el pago de mis reclamaciones. Yo entiendo que si yo firmo **en nombre de un menor de edad, esta autorización vencerá en cuanto el menor de edad cumpla los 18 años de edad, a menos que haya constancia de tutela.**

Jane Doe
Firma

4-30-08
Fecha: mes/día/año

Si usted firma por Poder Notarial, Tutor, Albacea o Administrador, llene los campos en blanco a continuación y adjunte copia de los documentos legales. NO tiene que adjuntar copias de dichos documentos si ya constan en los archivos de Blue Cross and Blue Shield of Texas:

Nombre del Representante Personal		Relación con la persona indicada		
Domicilio del Representante Personal	Ciudad	Estado	Código postal	
Código de área y teléfono del Representante Personal				

La Sección V. requiere la firma y la fecha. A fin de ser válido, el formulario de autorización lo tiene que firmar ya sea la persona que se identifica en la Sección I o el Representante Personal de la persona que se identifica en la Sección V. Si la persona es un menor de edad dependiente menor de los 18 años de edad, su papá, su mamá o un tutor legal pueden firmar el formulario de autorización. A un Representante Personal se le ha concedido la autoridad legal de representar a la persona. En este caso, ya que *Jane Doe* está llenando el formulario, no es necesario que firme un Representante Personal. Si el Representante Personal de *Jane Doe* estuviera firmando esta autorización en su nombre, el Representante Personal tendría que llenar la porción que se encuentra al final de la Sección V y presentar la documentación apropiada junto con el formulario de autorización, salvo si ya consta en los archivos de BCBSTX.

**ANTES DE ENVIAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
DEBE QUEDARSE CON UNA COPIA PARA SUS ARCHIVOS YA SEA AL:**

- (1) HACER UNA FOTOCOPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN FIRMADA; O**
- (2) LLENAR Y FIRMAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DUPLICADO QUE USTED HAYA RECIBIDO O IMPRIMIDO**

La porción final del formulario tiene unas instrucciones a seguir antes de enviar el formulario a BCBSTX. Se recomienda que los asegurados guarden una copia firmada en sus archivos.



**BlueCross BlueShield
of Texas**

**Formulario de autorización
estándar para el uso o la
divulgación de Información de
salud protegida (PHI, en inglés)**

I. Individual (Nombre e información de la persona cuya Información de salud protegida se está divulgando):

Nombre		Fecha de nacimiento		
N.º de Grupo	N.º de Asegurado		N.º de Seguro Social	
Domicilio	Ciudad		Estado	Código postal
Código de área y teléfono				

II. Autorización y propósito:

Yo solicito y yo autorizo a Blue Cross and Blue Shield of Texas a que divulgue mi Información de salud protegida según se describe a continuación. **Yo entiendo que si la persona/organización que autorizo para recibir y utilizar la información no es un plan de seguro médico ni un proveedor de servicios médicos, la información que se divulga a lo mejor ya no esté protegida por los reglamentos federales de privacidad.**

Personas/organizaciones autorizadas para recibir su información		Relación o parentesco	Propósito	
Domicilio	Ciudad		Estado	Código postal

III. Descripción específica de la información que se utilizará o divulgará (Favor de llenar las **Partes A y B** de esta Sección)

NO SE PUEDE utilizar esta autorización para divulgar Apuntes de psicoterapia.

A. Divulgación de Información sensible de salud protegida conforme a las leyes estatales

Usted tiene que marcar “sí” o “no” si autoriza la divulgación de la información médica, los resultados de los análisis, los expedientes o las comunicaciones específicas sobre (**aviso: “sí” quiere decir que esta información se incluye en las categorías que usted indique en la Parte B a continuación**):

- Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o VIH/ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida Sí
- Enfermedades de transmisión sexual o enfermedades “contagiosas” (incluye tanto la hepatitis como las enfermedades venéreas); No
- Abuso de drogas, bebidas alcohólicas o sustancias adictivas;
- Discapacidades del desarrollo o la salud mental (incluso el retraso mental u otras discapacidades parecidas, por ejemplo, las que son atribuibles a la parálisis cerebral, al autismo o a la disfunción neurológica); y
- Pruebas genéticas.

Fechas de servicio
Del: Al:

B. Divulgación de información de salud protegida (marque uno o más)

Información sobre los beneficios del plan de seguro médico: Incluye información que se encuentra en su certificado de los beneficios (es decir, copagos, coseguro, elegibilidad y otra información sobre los beneficios).

Información sobre las reclamaciones: Incluye información correspondiente al pago de sus reclamaciones por los servicios que haya recibido, incluso la información pertinente que se encuentre en un formulario de reclamación (es decir, el monto de la facturación, las descripciones generales del procedimiento de pago de reclamos o razones por el rechazo, etc.).

Información sobre las determinaciones referentes a los servicios: Incluye toda información correspondiente a las decisiones previas a la prestación de los servicios, concurrentes o después de la prestación de los servicios.

Información sobre las primas: Incluye información correspondiente a los períodos de facturación, los cambios en los cheques de cajero, etcétera.

Servicios de (un proveedor o abastecedor): Nombre del proveedor: _____ (Incluye información correspondiente a los servicios prestados por un proveedor o abastecedor en específico.)

Otro: _____
(Especifique otra información no enumerada en una de las categorías arriba.)

IV. Fecha de vencimiento y revocación:

Fecha de vencimiento: Esta autorización vence en (tiene que seleccionar uno):

Un año a partir de la fecha en que se firmó Otro (anote la fecha o el suceso): _____

Derecho a revocar: Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento con tal que yo envíe un aviso por escrito a la dirección que se indica al pie de este formulario. **Yo entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que haya tomado la entidad cuyo nombre se indica más arriba basándose en esta autorización antes que la entidad cuyo nombre se indica más arriba, haya recibido mi aviso escrito de la revocación.**

V. Firma (Ya sea la persona que solicita, su representante personal o uno de los padres de un menor de edad tienen que firmar este documento):

Yo entiendo que esta autorización se hace voluntariamente y que el plan de seguro médico no puede estipular la firma de esta autorización como condición de mi elegibilidad para recibir beneficios, tratamientos o para el pago de mis reclamaciones. Yo entiendo que si yo firmo **en nombre de un menor de edad, esta autorización vencerá en cuanto el menor de edad cumpla los 18 años de edad, salvo si se comprueba la tutela.**

Firma

Fecha: mes/día/año

Si firma con capacidad de un Poder Notarial, Tutor, Albacea o Administrador, llene los campos en blanco a continuación y adjunte copia de los documentos legales. NO tiene que adjuntar copias de estos documentos si ya constan en los archivos de Blue Cross and Blue Shield of Texas:

Nombre del Representante Personal		Relación con la persona indicada	
Domicilio del Representante Personal	Ciudad	Estado	Código postal
Código de área y teléfono del Representante Personal			

**ANTES DE ENVIAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
DEBE QUEDARSE CON UNA COPIA PARA SUS ARCHIVOS YA SEA AL:**

- (1) HACER FOTOCOPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN FIRMADA; O
- (2) LLENAR Y FIRMAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DUPLICADO QUE USTED HAYA RECIBIDO O IMPRIMIDO

Envíe su autorización completa y firmada a:
Blue Cross and Blue Shield of Texas
P.O. Box 660044
Dallas, TX 75266-0044

Si usted necesita ayuda para llenar este formulario, favor de consultar las instrucciones que aparecen anteriormente o llame a Servicio al Cliente al número que aparece en su tarjeta de asegurado.

Queda estrictamente prohibido modificar el formato, contenido o a la marca comercial de este formulario sin previa autorización del Departamento de Asuntos de Privacidad de HCSC. Comuníquese con dicho Departamento antes de hacer cualquier modificación.



BlueCross BlueShield of Texas

Si usted o la persona a la que usted está ayudando tienen alguna pregunta, ustedes tienen el derecho de recibir ayuda e información en su idioma gratuitamente. Si desea recibir los servicios de un intérprete, por favor llame al número de servicio al cliente que aparece en su tarjeta de asegurado. Si usted no es un asegurado o si no tiene una tarjeta, por favor llame al 855-710-6984.

العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة، فذلك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث إلى مترجم فوري، اتصل على رقم خدمة العملاء المذكور على ظهر بطاقة عضويتك. فإن لم تكن عضواً، أو كنت لا تملك بطاقة، فاتصل على 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請致電印在您的會員卡背面的客戶服務電話號碼。如果您不是會員，或沒有會員卡，請致電 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, composez le numéro du service client indiqué au verso de votre carte de membre. Si vous n'êtes pas membre ou si vous n'avez pas de carte, veuillez composer le 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Kundenservicenummer auf der Rückseite Ihrer Mitgliedskarte an. Falls Sie kein Mitglied sind oder keine Mitgliedskarte besitzen, rufen Sie bitte 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવી કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, તમારા સભ્યપદના કાર્ડની પાછળ આપેલ ગ્રાહક સેવા નંબર પર કોલ કરો. જો આપ સભ્યપદ ના ધરાવતા હોવ, અથવા આપની પાસે કાર્ડ નથી તો 855-710-6984 નંબર પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए, अपने सदस्य कार्ड के पीछे दिए गए ग्राहक सेवा नंबर पर कॉल करें। यदि आप सदस्य नहीं हैं, या आपके पास कार्ड नहीं है, तो 855-710-6984 पर कॉल करें।
日本語 Japanese	ご本人様、またはお客様のお身の回りの方でも、ご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入力したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、メンバーカードの裏のカスタマーサービス番号までお電話ください。メンバーでない場合またはカードをお持ちでない場合は 855-710-6984 までお電話ください。
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 회원 카드 뒷면에 있는 고객 서비스 번호로 전화하십시오. 회원이 아니시거나 카드가 없으시면 855-710-6984 으로 전화하십시오.
ລາວ Laotian	ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອມີຄຳຖາມ, ທ່ານມີສິດຂໍເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ມີຄ່າ, ໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອລົມກັບນາຍແປພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາເບີຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າທີ່ມີຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກ, ຫຼື ບໍ່ມີບັດ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 855-710-6984.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da biká anánílwo'ígíí, na'ídiłkídgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níik'e níká a'doolwoł. Ata' halne'í bich'í' hadeesdizh nínízingo éí kwe'é da'íníshgi áká anídaalwo'ígíí bich'í' hodíłlnih, bee nééhózinii bine'déé' bikáá'. Kojí atah naaltsoos ná hadít'éégóó éí doodago bee nééhózinígíí ádingo kojí' hodíłlnih 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با خدمات مشتری به شماره ای که در پشت کارت عضویت شما درج شده است تماس بگیرید. اگر عضو نیستید، یا کارت عضویت ندارید، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните в отдел обслуживания клиентов по телефону, указанному на обратной стороне вашей карточки участника. Если вы не являетесь участником или у вас нет карточки, позвоните по телефону 855-710-6984.
Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete comuníquese con el número del Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de miembro. Si usted no es miembro o no posee una tarjeta, llame al 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulongan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa numero ng serbisyo para sa kustomer sa likod ng iyong kard ng miyembro. Kung ikaw ay hindi isang miyembro, o kaya ay walang kard, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	گر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، کسٹمر سروس نمبر پر کال کریں جو آپ کے کارڈ کی پشت پر درج ہے۔ اگر آپ ممبر نہیں ہیں، یا آپ کے پاس کارڈ نہیں ہے تو، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị hoặc người mà quý vị giúp đỡ có bất kỳ câu hỏi nào, quý vị có quyền được hỗ trợ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên, gọi số dịch vụ khách hàng nằm ở phía sau thẻ hội viên của quý vị. Nếu quý vị không phải là hội viên hoặc không có thẻ, gọi số 855-710-6984.



Tener cobertura médica es importante para todos.

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad o discapacidad.

Si necesita recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos, llámenos sin cargos al 855-710-6984.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar su inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@hcsc.net

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Recursos Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formulario de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

BCBSTX provee servicios TDD/TTY para los asegurados que llamen y que tengan dificultades de audición, sordera y del habla, además de ayuda en varios idiomas. Los asegurados pueden usar su máquina de teletipo (TeleTYpewriter, TTY) o su aparato para telecomunicaciones (TDD) para acceder a una operadora de teletipo al 1-800-735-2989.