



SOLICITUD DE CONFIDENCIALIDAD

Este formulario es para solicitarle a Blue Cross and Blue Shield of Texas o a uno de sus Socios que se comuniquen con usted en una ubicación alterna o por medios alternativos, o para cancelar o modificar una Solicitud de confidencialidad otorgada anteriormente. Rellene el formulario en su totalidad.

Cumpliremos con su solicitud inicial si reúne todos los siguientes criterios:

1. Su solicitud es razonable.
2. Usted declara claramente que si no honramos esta solicitud usted podría estar en peligro.
3. Usted proporciona una ubicación u otra alternativa razonable para que nos podamos comunicar con usted.
4. Usted proporciona una explicación razonable de cómo los pagos (si aplica) se manejarán si se usa la ubicación alterna.

NO USE ESTE FORMULARIO PARA SOLICITAR UN CAMBIO DE DOMICILIO

Si necesita ayuda para rellenar este formulario o si desea notificarnos sobre un cambio de domicilio, comuníquese con Servicio al Cliente al número que se encuentra en su tarjeta de asegurado.

AL RELLENARLO Y FIRMARLO, ENVÍELO POR CORREO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
PO Box 660044
Dallas, TX 75266-0044
OCA_SSD@bcbstx.com

Sección A Solicitud de confidencialidad, modificación o cancelación de solicitudes previas

Elija una de las siguientes opciones:

- ☐ **Solicitud inicial:** Este formulario es una Solicitud inicial de confidencialidad. (Rellene el formulario completo.)
- ☐ **Modificar una solicitud previa:** Este formulario modifica una Solicitud de confidencialidad (por ejemplo, un cambio de domicilio alternativo) aprobada anteriormente. (Rellene el formulario completo.)
- ☐ **Cancelar una solicitud previa:** Este formulario cancela una Solicitud de confidencialidad aprobada anteriormente. (Rellene la Sección B y prosiga a la Sección D.)
- Anote la fecha en que se debe cancelar la solicitud anterior (mes/día/año): _____

Sección B La persona interesada en recibir correspondencia en una ubicación alterna por motivos de confidencialidad. Rellene la siguiente información:

nombre _____ apellido _____ n.º de grupo _____

n.º de seguro social _____ fecha de nacimiento _____ n.º de asegurado _____

domicilio _____ ciudad _____ estado _____ código postal _____

código de área y teléfono _____ correo electrónico (si tiene) _____

Sección C Rellene la siguiente información sobre la Solicitud de confidencialidad:

¿Estará usted en peligro si no enviamos su información médica protegida (PHI, en inglés) a una ubicación alterna? ☐ Sí ☐ No

Si seleccionó "no", llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en su tarjeta de asegurado para solicitar un cambio de domicilio.

Yo solicito que toda mi información médica protegida sea enviada a la ubicación alterna a continuación:

Ubicación alterna:

calle: _____

ciudad: _____ estado: _____ código postal: _____ teléfono: _____

Indique cómo se manejará cualquier pago (si aplica) usando la ubicación alterna que usted solicita.



Si se le otorgara su solicitud, tenga en cuenta lo siguiente:

1. La solicitud solo aplica a su cobertura actual. Si cualquiera de la información sobre su cobertura cambia, incluidos los números de grupo o del titular, o si los servicios incluidos cambian (por ejemplo, si añade cobertura dental), usted tiene que presentar una Solicitud de confidencialidad nueva.
2. La solicitud vencerá a los diez y ocho (18) meses después de que su cobertura haya terminado.
3. Blue Cross and Blue Shield of Texas y sus Socios son responsables solamente por la información médica protegida que ellos divulguen al domicilio alternativo que usted ha designado en la Sección C.

Sección D Firma: Este documento tiene que estar firmado por el interesado, uno de los padres de un menor o por el representante personal del solicitante.

Solicito que Blue Cross and Blue Shield of Texas divulgue mi información médica protegida (PHI, en inglés) según se ha especificado anteriormente en la Sección C. Entiendo que Blue Cross and Blue Shield of Texas no tiene la obligación de estar de acuerdo con mi solicitud. Entiendo que recibiré por escrito una determinación sobre mi solicitud. Entiendo que si firmo en nombre de un menor, esta solicitud expirará cuando el menor cumpla los 18 años, a menos que se compruebe la tutela.

Firma _____ Fecha: mes/día/año _____

Sección E Si un representante personal firma la Sección D, proporcione la siguiente información:

Si firma con capacidad de un poder notarial, tutor, albacea o administrador, adjunte una 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 autorizado _____

parentesco con la persona que solicita la información _____

domicilio del representante autorizado _____ ciudad _____

estado _____ código postal _____ código de área y teléfono del representante autorizado _____

correo electrónico del representante autorizado (si tiene) _____

Queda estrictamente prohibido modificar el formato, el contenido o la marca comercial de este formulario sin previa autorización del Departamento de Asuntos de Privacidad de HCSC (HCSC Privacy Office).

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 del Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSTX al número en su tarjeta de asegurado.

Aviso de no discriminación

La cobertura médica es importante para todos

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al **1-855-710-6984**.

Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):

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

Teléfono: **1-855-664-7270** (buzón de voz)
TTY/TDD: **1-855-661-6965**
Fax: **1-855-661-6960**
Correo electrónico: civilrightscordinator@bcbsil.com

Puede presentar una inconformidad por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, llame sin costo al número en su tarjeta de asegurado (TTY: 711).

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

US Dept of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: **1-800-368-1019**
TTY/TDD: **1-800-537-7697**

Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> (en inglés)

Formularios de quejas: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html> (en inglés)

Este aviso está disponible en nuestro sitio web, en <https://espanol.bcbstx.com/medicaid/pdf/medicaid-non-discrimination-tx.pdf>

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **1-855-710-6984** (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك.

中文 Chinese	注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-855-710-6984 (TTY: 711) 或咨询您的服务提供商。
Français French	ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-710-6984 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે બીજી ભાષા બોલો છો, તો તમારા માટે મફત ભાષા સહાય સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પ્રદાન કરવા માટે યોગ્ય સહાયક મદદ અને સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-855-710-6984 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: Se parli italiano, puoi usufruire gratuitamente di servizi di assistenza linguistica. Sono inoltre disponibili, senza costi, strumenti e servizi ausiliari per ricevere informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-855-710-6984 (TTY: 711) o rivolgiti a un assistente.
한국어 Korean	주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-855-710-6984 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHÓÓ: Diné Bizaad k'ehjí éí dinit's'á'go, t'áá nizaad k'ehjí níká a'doo wołgo bohónéedzâ. Łahgo bee ata' hodoonigo áádóó éí doodago ałtaa át'éego níka a'doowołgo t'áá jiik'e nábee ahoot'í'. 1-855-710-6984 (TTY: 711) jį' hodíłni éí doodago nits'íís náyaa áhályánii bich'í' hadíłdzi.
فارسی Farsi	توجه: اگر فارسی صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و تماس خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با 1-855-710-6984 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت زبان کی مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاونامداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1-855-710-6984 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-855-710-6984 (TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.