

¿Quiere que compartamos su información de salud con alguien?

Llene el Formulario para Nombrar a un Delegado Autorizado

Para Grupos *Blue Benefit Services*

¿Cuál es el Propósito de Este Formulario?

Llene este formulario para permitir que Blue Cross and Blue Shield of Louisiana o HMO Louisiana, Inc. (llamados conjuntamente Blue Cross) comparta información de sus registros de salud con otra persona. Por ejemplo, es posible que desee que compartamos su información de salud privada con su cónyuge, otro miembro de la familia, con el tutor de su hijo, su agente de seguros o su empleador.

Si usted llena y firma este formulario, compartiremos su información de reclamaciones o beneficios con cualquier persona que usted escoja. A la persona u organización que usted escoja, nosotros la llamaremos su *delegado autorizado*.

Toda persona que usted nombre como delegado autorizado solo recibirá información. No se les permitirá cambiar nada sobre su póliza a menos que también les otorgue el poder legal.

Si no completa este formulario, seguiremos sirviéndole de igual manera. Solo que no podremos compartir su información.

Una vez que nos envíe su formulario completo, compartiremos su información de reclamaciones y beneficios con su delegado autorizado mientras usted nos lo permita.

Su autorización será válida siempre y cuando usted tenga su seguro de salud con nosotros. Si cancela su seguro, su autorización terminará.

Si esta autorización cubre a un niño menor de edad, la misma terminará cuando el niño cumpla 18 años.

¿Todavía tiene preguntas?

Llámenos. Con gusto le atenderemos.

Llame a nuestro Servicio de Atención al Cliente al:
1-800-363-9150

¿Debe Usar Este Formulario?

Usted debe usar este formulario si:

- usted tiene 18 años o más, o
- su póliza de salud cubre a un menor de edad y quiere compartir la información del niño con otra persona, o
- usted es el representante legal de un miembro y usted quiere compartir la información de ese miembro con otra persona. Si usted es el representante legal, debe enviarnos copias de los documentos que prueban su estado legal junto con este formulario.

Debe llenar el formulario.

La aprobación verbal es provisional.

Si usted nos llamó para nombrar a un delegado autorizado y recibió una aprobación provisional de nuestra parte, debe llenar y firmar este formulario para que su delegado autorizado pueda continuar recibiendo información de nuestra parte. Su aprobación verbal solo es válida por 2 semanas (14 días calendarios) luego de que hablemos con usted.

¿Puede Usted Cambiar Su Decisión?

Sí, usted puede cambiar su decisión sobre compartir su información en cualquier momento. Si decide que ya no desea que compartamos más su información con un delegado autorizado, escribanos.

Retirar su permiso no afectará ninguna acción que hayamos realizado antes de recibir su carta. En su carta, incluya una copia de su licencia de conducir para que podamos verificar su identidad.

Envíenos un fax al: (225) 298-1590

Llámenos al: (225) 298-1751

Escribanos a: Privacy Office
Blue Cross and Blue Shield of Louisiana
P.O. Box 98029
Baton Rouge, LA 70898-9029

Nombre a un Delegado Autorizado

Complete este formulario para que nos permita compartir información sobre sus registros de salud con otra persona. Si este formulario no es completado, seguiremos sirviéndole de igual manera. Solo que no podremos compartir su información.

Parte 1: Cuéntenos Acerca de Usted

Si usted es un miembro y desea que compartamos su información de salud con un delegado autorizado, complete la Parte 1 acerca de usted. Si usted es el representante legal de un miembro y desea que nosotros compartamos la información del miembro con alguien, complete la Parte 1 con la información del miembro.

Nombre del miembro cuya información compartiremos
Escriba el nombre del miembro tal como aparece en la tarjeta de identificación del miembro

Dirección postal

Calle
Ciudad Estado Código Postal

Número de identificación del miembro tal como figura en la tarjeta de identificación

O **Número de seguro social**

Parte 2: Cuéntenos Acerca de Su Delegado Autorizado

Entendemos que desea nombrar a la siguiente persona u organización como su delegado autorizado. *Nota:* Si las personas u organizaciones que nombra no están obligadas a cumplir con las leyes federales de privacidad de la información de salud, ellos podrían compartir su información con otra persona y las leyes federales de privacidad puede que no protejan su información.

Puede cambiar su decisión en cualquier momento. Retirar su permiso no afectará ninguna acción que hayamos realizado antes. Si ya no desea que compartamos más su información con un delegado autorizado, escríbanos. En su carta, incluya una copia de su licencia de conducir para que podamos verificar su identidad.

Para nombrar a una persona

Si su delegado autorizado es una persona, complete esta sección.

Nombre de la persona
Dirección postal Calle
Ciudad Estado Código Postal
Fecha de Nacimiento O **Número de licencia de conducir:**

Para nombrar a otra persona

Si su delegado autorizado es una persona, complete esta sección.

Nombre de la Persona
Dirección postal Calle
Ciudad Estado Código Postal
Fecha de Nacimiento O **Número de licencia de conducir:**

Para nombrar a una organización

Si su delegado autorizado es una organización, complete esta sección.

Nombre de la organización
Dirección postal Calle
Ciudad Estado Código Postal
Número de Identificación del Empleador (EIN, por sus siglas en inglés)

Parte 3: Firme Aquí si Usted Es el Miembro

Doy permiso a Blue Cross para compartir mi información personal que está protegida por la ley federal o estatal con los delegados autorizados nombrados en la Parte 2 de este formulario. Entiendo que esta información personal puede contener información médica detallada sobre mí, incluida información sobre el uso de drogas o alcohol y trastornos de salud mental. Esa información no incluye notas de psicoterapia, información sobre VIH o información genética. (Si deseo compartir ese tipo de información, completaré un formulario diferente llamado *Autorización para el Uso/Divulgación de la Información de Salud Protegida*. Llamaré al Servicio de Atención al Cliente para obtener una copia).

Esta autorización será válida hasta que yo le indique a Blue Cross que ya no debe compartir mi información o hasta que mi seguro de salud con Blue Cross finalice.

Mi firma

X

Fecha de hoy

____/____/____
MM / DD / AAAA

Parte 4: Firme Aquí si Usted Es el Representante Legal del Miembro

Para demostrar que usted está legalmente designado como el representante del miembro, cuando nos envíe este formulario, debe también enviarnos copias de cualquier documento legal que pruebe que usted tiene custodia o poder legal.

Estoy autorizado como un representante personal del miembro mencionado en la Parte 1 de este formulario. Estoy legalmente designado como padre de un menor de edad, tutor legal o titular de un poder legal.

Entiendo que esta autorización será válida siempre que el seguro de salud del miembro con Blue Cross esté vigente. Si el seguro es cancelado, la autorización terminará.

Si esta autorización cubre a un niño menor de edad, terminará cuando ese niño cumpla 18 años.

Mi firma

X

Fecha de hoy

____/____/____
MM / DD / AAAA

Mi relación con el miembro

Después de completar el formulario, envíenoslo.

Envíelo por fax al: (225) 295-2110

Envíelo por correo a:
BBS Customer Service
Blue Cross and Blue Shield of Louisiana
P.O. Box 98044
Baton Rouge, LA 70898-9044

○
Envíelo por correo electrónico a:

help@bcbsla.com

Esta dirección de correo electrónico no es segura. Existe un pequeño riesgo de que otros puedan ver su mensaje.

Para mantener su información más privada, use nuestro formulario seguro de consulta en línea en bcbsla.com/ContactUs (en inglés).

¿Todavía tiene preguntas?

Llámenos. Con gusto le atenderemos.

Llame a nuestro Servicio de Atención al Cliente al: 1-800-363-9150



Aviso de No Discriminación

La Discriminación es Ilegal

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y sus subsidiarias, HMO Louisiana, Inc. y Southern National Life Insurance Company, Inc., no excluyen ni tratan de forma diferente a las personas debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo en sus programas o actividades de salud.

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y sus subsidiarias:

- Proporcionan asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados en lengua de signos
 - Información escrita en otros formatos (audio, formatos electrónicos accesibles)
- Proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, puede llamar al número del Servicio de Atención al Cliente que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación o enviar un correo electrónico a MeaningfulAccessLanguageTranslation@bcbsla.com. Personas con discapacidad auditiva llamen al 1-800-711-5519 (TTY 711).

Si considera que Blue Cross, una de sus subsidiarias o su plan de salud asegurado por su empleador no le proporcionaron estos servicios o discriminaron de otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted tiene derecho a tomar los siguientes pasos:

- 1. Si está totalmente asegurado a través de Blue Cross, presente un reclamo ante Blue Cross por medio de correo postal, fax o correo electrónico.**

Section 1557 Coordinator
P.O. Box 98012
Baton Rouge, LA 70898-9012
225-298-7238 o 1-800-711-5519 (TTY 711)
Fax: 225-298-7240
Correo electrónico: Section1557Coordinator@bcbsla.com

- 2. Si su empleador es el dueño de su plan de salud y Blue Cross actúa como administrador de dicho plan, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos de su empleador o compañía. Para determinar si su plan es un plan totalmente asegurado por Blue Cross o es propiedad de su empleador, visite www.bcbsla.com/checkmyplan.**

Bien sea Blue Cross o su empleador el dueño de su plan, usted puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, por correo o teléfono a:

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)

O

Electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible a través de <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Los formularios de quejas están disponibles a través de <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index>.

AVISO

Free language services are available. If needed, please call the Customer Service number on the back of your ID card. Hearing-impaired customers call 1-800-711-5519 (TTY 711).

Tiene a su disposición servicios lingüísticos gratuitos. De necesitarlos, por favor, llame al número del Servicio de Atención al Cliente que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación. Clientes con dificultades auditivas, llamen al 1-800-711-5519 (TTY 711).

Des services linguistiques gratuits sont disponibles. Si nécessaire, veuillez appeler le numéro du Service clientèle figurant au verso de votre carte d'identification. Si vous souffrez d'une déficience auditive, veuillez appeler le 1-800-711-5519 (TTY 711).

Có dịch vụ thông dịch miễn phí. Nếu cần, xin vui lòng gọi cho Phục Vụ Khách Hàng theo số ở mặt sau thẻ ID của quý vị. Khách hàng nào bị suy giảm thính lực hãy gọi số 1-800-711-5519 (TTY 711).

我们为您提供免费的语言服务。如有需要，请致电您 ID 卡背面的客户服务号码。听障客户请拨打 1-800-711-5519 (TTY 711)。

الخدمات اللغوية متاحة مجاناً. يرجى، إذا اقتضى الأمر، الاتصال برقم خدمة العملاء المدون على ظهر بطاقة التعريف الخاصة بك. إذا كنت تعاني من إعاقة في السمع، فيرجى الاتصال بالرقم 1-800-711-5519 (TTY 711).

Magagamit ang mga libreng serbisyo sa wika. Kung kinakailangan, pakitawagan ang numero ng Customer Service sa likod ng iyong ID kard. Para sa mga may kapansanan sa pandinig tumawag sa 1-800-711-5519 (TTY 711).

무료 언어 서비스를 이용하실 수 있습니다. 필요한 경우 귀하의 ID 카드 뒤에 기재되어 있는 고객 서비스 번호로 연락하시기 바랍니다. 청각 장애가 있는 분은 1-800-711-5519 (TTY 711)로 연락하십시오.

Oferecemos serviços linguísticos grátis. Caso necessário, ligue para o número de Atendimento ao Cliente indicado no verso de seu cartão de identificação. Caso tenha uma deficiência auditiva, ligue para 1-800-711-5519 (TTY 711).

ພວກເຮົາມີບໍລິການແປພາສາໃຫ້ທ່ານຟຣີ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບໍລິການນັ້ນ, ກະລຸນາໂທຫາພະແນກບໍລິການລູກຄ້າຕາມເບີໂທທີ່ຢູ່ທາງຫຼັງຂອງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຫຼຸບໍ່ດີ, ຂໍໃຫ້ໂທເບີ 1-800-711-5519 (TTY 711).

無料の言語サービスをご利用頂けます。あなたのIDカードの裏面に記載されているサポートセンターの電話番号までご連絡ください。聴覚障害がある場合は、1-800-711-5519 (TTY 711)までご連絡ください。

زبان سے متعلق مفت خدمات دستیاب ہیں۔ اگر ضرورت ہو تو، براہ کرم اپنے آئی ڈی کارڈ کی پشت پر موجود کسٹمر سروس نمبر پر کال کریں۔ سمعی نقص والے کسٹمرز 1-800-711-5519 (TTY 711) پر کال کریں۔

Kostenlose Sprachdienste stehen zur Verfügung. Falls Sie diese benötigen, rufen Sie bitte die Kundendienstnummer auf der Rückseite Ihrer ID-Karte an. Hörbehinderte Kunden rufen bitte unter der Nummer 1-800-711-5519 (TTY 711) an.

خدمات رایگان زبان در دسترس است. در صورت نیاز، لطفاً با شماره خدمات مشتریان که در پشت کارت شناسایی تان درج شده است تماس بگیرید. مشتریانی که مشکل شنوایی دارند با شماره 1-800-711-5519 (TTY 711) تماس بگیرید.

Предлагаются бесплатные переводческие услуги. При необходимости, пожалуйста, позвоните по номеру Отдела обслуживания клиентов, указанному на оборотной стороне Вашей идентификационной карты. Клиенты с нарушениями слуха могут позвонить по номеру 1-800-711-5519 (Телефон с текстовым выходом: 711).

มีบริการด้านภาษาให้ใช้ได้ฟรี หากต้องการ โปรดโทรศัพท์ติดต่อฝ่ายบริการลูกค้าตามหมายเลขที่อยู่ด้านหลังบัตรประจำตัวประชาชนของท่าน สำหรับลูกค้าที่มีปัญหาทางการได้ยิน โปรดโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-711-5519 (TTY 711)