Louisiana

BlueCross BlueShield
Federal Employee Program

¿Quiere que compartamos su información de salud con alguien?

Llene el Formulario para Nombrar a un Delegado Autorizado

Programa de Empleados Federales

¿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:
1-800-272-3029

¿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, escríbanos.

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

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

Blue Cross and Blue Shield of Louisiana es una licenciataria independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association y está constituida como Louisiana Health Service & Indemnity Company. Los Planes Blue Cross and Blue Shield son licenciatarios independientes de la Blue Cross and Blue Shield Association.

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	____/____/_____ MM / DD / AAAA	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	____/____/_____ MM / DD / AAAA	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) 295-2364

Envíelo por correo a:
FEP Customer Service
Blue Cross and Blue Shield of Louisiana
P.O. Box 98028
Baton Rouge, LA 70898-9028

O
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: 1-800-272-3029

BlueCross BlueShield
Federal Employee Program

fepblue.org

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

El Plan de Beneficios de Blue Cross and Blue Shield cumple con las leyes federales de derechos civiles que apliquen y no discrimina en base a la raza, el color, el origen nacional, la edad, la discapacidad o el sexo. Este Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

El Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross and Blue Shield:

Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera efectiva, tales como:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de su compañía Blue Cross and Blue Shield local, llamando al número de teléfono de atención al cliente que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del miembro.

Si considera que este Plan no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Coordinador de Derechos Civiles de su compañía BCBS local. Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles de su compañía BCBS local está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles, disponible a través de **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo o por 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)

Los formularios de quejas están disponibles a través de **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Servicios lingüísticos

Para obtener asistencia en español, llame al servicio de atención al cliente al número que aparece en su tarjeta de identificación.

請撥打您 ID 卡上的客服號碼以尋求中文協助。

Gọi số dịch vụ khách hàng trên thẻ ID của quý vị để được hỗ trợ bằng Tiếng Việt.

한국어로 도움을 받고 싶으시면 ID 카드에 있는 고객 서비스 전화번호로 문의해 주십시오.

Para sa tulong sa Tagalog, tumawag sa numero ng serbisyo sa customer na nasa inyong ID card.

Обратитесь по номеру телефона обслуживания клиентов, указанному на Вашей идентификационной карточке, для помощи на русском языке.

اتصل برقم خدمة العملاء الموجود على بطاقة هُويتك للحصول على المساعدة باللغة العربية.

Rele nimewo sèvis kliyantèl ki nan kat ID ou pou jwenn èd nan Kreyòl Ayisyen.

Pour une assistance en français du Canada, composez le numéro de téléphone du service à la clientèle figurant sur votre carte d'identification.

Ligue para o número de telefone de atendimento ao cliente exibido no seu cartão de identificação para obter ajuda em português.

Aby uzyskać pomoc w języku polskim, należy zadzwonić do działu obsługi klienta pod numer podany na identyfikatorze.

日本語でのサポートは、IDカードに記載のカスタマーサービス番号までお電話でお問い合わせください。

Per assistenza in italiano chiamate il numero del servizio clienti riportato nella vostra scheda identificativa.

Rufen Sie den Kundendienst unter der Nummer auf Ihrer ID-Karte an, um Hilfestellung in deutscher Sprache zu erhalten.

برای دریافت راهنمایی به زبان فارسی ، با شماره خدمات مشتری که بر روی کارت شناسایی شما درج شده است تماس بگیرید..

SBPND2016-R2