

AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA PARA REVELAR INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD A UNA TERCERA PERSONA

Por favor complete y envíe este formulario a la siguiente dirección:

Group & Individual Privacy Official (AX-F10)
BlueCross® BlueShield® of South Carolina
I 20 East at Alpine Road
Columbia, SC 29219-0001
Fax: (803) 264-0174

Sección 1: Autorización -Yo autorizo a las siguientes personas o entidades para que obtengan, utilicen o revelen mi información protegida de salud tal como aparece escrito en las secciones 2 y 3 abajo. Por favor, indique solamente los que usted desee que tengan acceso a su información protegida de salud para poder asistirle a usted.

- Esposo(a) – Nombre: Dirección: Número Telefónico:
Agente/Agencia - Nombre: Dirección: Número Telefónico: Número de Agencia:
Coordinador de Beneficios de la cobertura de seguro: Nombre: Dirección: Número Telefónico:
Otro – Nombre: Dirección: Número Telefónico: Relación con el Cliente:

Yo comprendo que este acuerdo es voluntario y BlueCross BlueShield de Carolina del Sur no determinará mi elegibilidad para una póliza de seguro basado en el hecho de que yo firme o no este formulario. Yo comprendo que las personas nombradas arriba pueden en un futuro revelar mi información, y leyes de privacidad federal o estatal quizás no me protegerán (ejemplo: en caso de fondos de ayuda a los damnificados de catástrofe, reportes de salud pública, o investigaciones u otras circunstancias permitida bajo las leyes.)

Sección 2: Propósito y Alcance/Ámbito de la Autoridad

El propósito de esta autorización es para permitir a la persona(s) mencionada arriba la siguiente capacidad:

- Yo autorizo a BlueCross BlueShield de Carolina del Sur que revele mi información protegida de salud concerniente a toda mi información de reclamos (con excepción de las notas de psicoterapia) o los pagos de reclamo mientras este bajo la cobertura de BlueCross.

Por favor incluya cualquier limitación a lo mencionado arriba:

Y/ O

- Yo autorizo a BlueCross BlueShield de Carolina del Sur que revele mi información protegida de salud (con excepción a las notas de psicoterapia) a lo siguiente (por favor sea muy específico):

Sección 3: Opciones para Revelar Documentos: Yo autorizo la revelación de mi información protegida de salud a las personas nombradas arriba por vía telefónica o enviando copias de todos los documentos en referencia a mi elegibilidad por medio del correo, por fax, en persona o por transmisión electrónica.

Sección 4: Expiración y Revocación – Expiración: Esta autorización va a expirar: 1) siguiendo la fecha efectiva de la terminación de la cobertura de la póliza de BlueCross BlueShield de Carolina del Sur; 2) cuando el nombrado en la parte de arriba no sea mi agente o agencia; o 3) siguiendo mi revocación por escrito, cualquiera que ocurra primero. **Revocación:** Yo comprendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento dando nota por escrito de mi revocación a la dirección en la parte de arriba. Yo comprendo que la revocación de esta autorización no afectara ninguna acción que BlueCross tomó en concordancia con esta autorización antes de que de que BlueCross reciba mi nota de revocación.

Sección 5: Persona(s) que autorizan y Firmas – Yo, el abajo firmante, he tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización y confirmo, que el contenido es consistente con mis indicaciones. Yo comprendo que al firmar este formulario, yo estoy confirmando mi autorización, el alcance/ámbito de autoridad, el medio por el cual se deba revelar mi información, la expiración de esta autorización y la opción de revocar esta autorización. Todos los individuos los cuales están incluidos sus nombres en la sección 5, pueden tener Información Protegida de Salud revelada a cualquier persona(s) o entidades mencionadas en la sección 1.

Nombre y Dirección del asegurado o del empleado con cobertura: Numero Telefónico:

El número de identificación o seguro social de reclamos que estará en su archivo es Incluya los dependientes bajo los 16 años de edad que estarán incluidos en esta Autorización para la Revelación de Información de Salud a la persona(s)/entidades mencionadas en la sección 1:

Nombre: Fecha de Nacimiento: Nombre: Fecha de Nacimiento:
Nombre: Fecha de Nacimiento: Nombre: Fecha de Nacimiento:
Firma: Nombre Fecha
Firma del esposo(a): Nombre Fecha
Firma del dependiente de 16 años de edad o mayor: Nombre Fecha

Por favor note: El Solicitante/Miembro no debe firmar esta autorización por su esposo(a) o dependientes de 16 años de edad o mayor.

Usted debe guardar una copia firmada de esta autorización para sus propios archivos; sin embargo, una copia firmada de la autorización se le dará si usted la pide.

Non-Discrimination Statement and Foreign Language Access

We do not discriminate on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex, gender identity, sexual orientation or health status in our health plans, when we enroll members or provide benefits.

If you or someone you're assisting is disabled and needs interpretation assistance, help is available at the contact number posted on our website or listed in the materials included with this notice.

Free language interpretation support is available for those who cannot read or speak English by calling one of the appropriate numbers listed below.

If you think we have not provided these services or have discriminated in any way, you can file a grievance online at contact@hcrcompliance.com or by calling our Compliance area at 1-800-832-9686 or the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019 or 1-800-537-7697 (TDD).

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de este plan de salud, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-396-0183. (Spanish)

如果您，或是您正在協助的對象，有關於本健康計畫方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 [在此插入數字 1-844-396-0188]。 (Chinese)

Nếu quý vị, hoặc là người mà quý vị đang giúp đỡ, có những câu hỏi quan tâm về chương trình sức khỏe này, quý vị sẽ được giúp đỡ với các thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-844-389-4838 (Vietnamese)

이 건보함에 관하여 궁금한 사항 혹은 질문이 있으시면 1-844-396-0187 로 연락주십시오. 귀하의 비용 부담없이 한국어로 도와드립니다. PC 명조 (Korean)

Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa planong pangkalusugang ito, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-844-389-4839 . (Tagalog)

Если у Вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Вашего плана медицинского обслуживания, то Вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на русском языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-844-389-4840. (Russian)

إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص خطة الصحة هذه، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل ب 1-844-396-0189 (Arabic)

Si ou menm oswa yon moun w ap ede gen kesyon konsènan plan sante sa a, se dwa w pou resevwa asistans ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Pou pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-844-398-6232. (French/Haitian Creole)

Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de ce plan médical, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-844-396-0190. (French)

Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania odnośnie planu ubezpieczenia zdrowotnego, masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 1-844-396-0186. (Polish)

Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre este plano de saúde, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-844-396-0182. (Portuguese)

Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande su questo piano sanitario, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare 1-844-396-0184. (Italian)

あなた、またはあなたがお世話をされている方が、この健康保険について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、情報を入手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、1-844-396-0185 までお電話ください。 (Japanese)

Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu diesem Krankenversicherungsplan haben bzw. hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-844-396-0191 an. (German)

اگر شما یا فردی که به او کمک می کنید سؤالاتی در باره ی این برنامه ی بهداشتی داشته باشید، حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت کنید. برای صحبت کردن با مترجم، لطفاً با شماره ی 1-844-398-6233 تماس حاصل نمایید. (Persian-Farsi)
