



Solicitud de confidencialidad

Este formulario es para solicitarle a Blue Cross and Blue Shield of Illinois 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. Llene todo el formulario.

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 pudiera 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 llenar 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.

DESPUÉS DE LLENARLO Y FIRMARLO, ENVÍELO POR CORREO A:

Blue Cross and Blue Shield of Illinois
P.O. Box 660044
Dallas, TX 75266-0044
OCA_SSD@bcbstx.com

| Sección A: Solicitud de confidencialidad o modificación/cancelación de solicitudes previas | |
|---|--|
| Elija una de las siguientes opciones: | |
| <input type="checkbox"/> Solicitud inicial – Este formulario es una Solicitud inicial de confidencialidad. (Llene el formulario completo.) | |
| <input type="checkbox"/> Modificar una Solicitud previa – Este formulario modifica una Solicitud de confidencialidad (por ejemplo, un cambio de domicilio alternativo) aprobada anteriormente. (Llene el formulario completo.) | |
| <input type="checkbox"/> Cancelar una Solicitud previa – Este formulario cancela una Solicitud de confidencialidad aprobada anteriormente. (Llene la Sección B y prosiga a la Sección D.) | Anote la fecha en que se debe cancelar la Solicitud anterior |
| Fecha: mes/día/año | |

| Sección B: La persona interesada en recibir correspondencia en una ubicación alterna por motivos de confidencialidad. Llene la siguiente información: | | | |
|--|-------------------------------|------------------|---------------|
| Nombre | N.º de Grupo | N.º de Asegurado | |
| N.º de Seguro Social | Fecha de nacimiento | | |
| Domicilio | Ciudad | Estado | Código postal |
| Código de área y teléfono | Correo electrónico (si tiene) | | |

| Sección C: Llene lo que sigue relacionado a la Solicitud de confidencialidad: |
|--|
| ¿Estará usted en peligro si no enviamos su Información médica protegida (PHI, en inglés) a una ubicación alterna? Si seleccionó “no”, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en su tarjeta de asegurado para solicitar un cambio de domicilio. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |



Sección C (continuación): Llene lo que sigue relacionado a la Solicitud de confidencialidad:

Yo solicito que toda mi Información médica protegida sea enviada a la ubicación alterna que proporciono 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 cambiase, incluidos los números de Grupo o Asegurado, cambios en los servicios con cobertura (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 Illinois y sus Socios son responsables solamente por la Información médica protegida que ellos divulguen al domicilio alterno 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.

Yo solicito que Blue Cross and Blue Shield of Illinois divulgue mi Información médica protegida (PHI, en inglés) según se ha especificado anteriormente en la Sección C. Yo entiendo que Blue Cross and Blue Shield of Illinois no tiene la obligación de estar de acuerdo con mi solicitud. Yo entiendo que recibiré por escrito una determinación sobre mi solicitud. Yo entiendo que solo puedo firmar por una persona menor de los 18 años; y que solo puedo firmar por un menor que sea mayor de los 18 años, siempre y cuando 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 Illinois.

Nombre del Representante Personal

Relación con el solicitante

Domicilio del Representante Personal

Ciudad

Estado

Código postal

Código de área y teléfono del Representante Personal

Correo electrónico Representante Personal (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).