



**BlueCross BlueShield
of Alabama**

Un licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

Autorización para divulgar información médica protegida

Esta autorización les permitirá a Blue Cross and Blue Shield of Alabama, y a sus empresas asociadas, en nombre de su Plan de Salud, divulgar su información médica que usted describa a continuación ("Información Médica Protegida") a las personas u organizaciones y para los fines que usted describa más adelante. **Por favor lea y conteste lo siguiente, y devuelva el formulario a Blue Cross and Blue Shield of Alabama, PO Box 10485, Birmingham, Alabama 35202-0485.**

A. El Individuo que es el sujeto de la Información Médica Protegida.

Nota: Debe llenarse un formulario de autorización por separado para cada individuo (o su representante personal) que desee solicitar que Blue Cross and Blue Shield of Alabama y sus asociados comerciales, en nombre de su Plan de Salud, divulguen su Información Médica Protegida como se describe en esta autorización.

Nombre:	Número de contrato: (como aparece en su tarjeta de identificación del plan de salud)	Número de seguro social:
Dirección:	Fecha de nacimiento: (MMDDAAAA)	Número de teléfono:

B. Descripción de mi Información Médica Protegida que se divulgará.

Nota: Escriba sus iniciales frente al párrafo siguiente (1, 2, 3 o 4) que se aplique a la descripción de su Información Médica Protegida que debe divulgarse en los términos de esta autorización. Si escribe sus iniciales en el párrafo 2, 3 o 4, conteste los detalles adicionales solicitados.

1.	Toda mi Información Médica Protegida que puede ser solicitada ocasionalmente por la(s) persona(s) que identifico en la Sección D. más adelante.
2.	Toda mi Información Médica Protegida relacionada con una o más de las siguientes cosas:
	Descripción de la reclamación:
	Plazo(s) de servicio:
	Nombre del proveedor:
3.	Toda mi información médica protegida que se relacione con lo siguiente:
	Fecha del accidente o incidente:
	Tipo de accidente o incidente:
	Lesión del miembro:
4.	Otra. A continuación se describe de manera específica mi Información Médica Protegida que debe divulgarse:

C. Persona(s) autorizada(s) para divulgar mi Información Médica Protegida.

Al firmar la presente autorización, por este medio autorizo a Blue Cross and Blue Shield of Alabama y a sus asociados comerciales, en nombre de mi Plan de Salud (identificado con el número de contrato que aparece arriba) para divulgar mi Información Médica Protegida. **Entiendo que la información contenida en mi información médica protegida puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).** También puede incluir información acerca de servicios de salud conductual o mental, y tratamientos para el abuso de las drogas y el alcohol.

D. Persona(s) autorizada(s) para recibir mi Información Médica Protegida.

Nombre(s):	
Dirección(es)	
Teléfono(s):	

Al firmar la presente autorización, entiendo que mi Información Médica Protegida aquí descrita puede volver a ser divulgada por la(s) persona(s) a la(s) que he autorizado para recibir y usar mi Información Médica Protegida y que mi Información Médica Protegida aquí descrita podría ya no estar protegida por las leyes federales de privacidad.

E. Propósito de esta divulgación de mi Información Médica Protegida.

<input type="checkbox"/> Por solicitud mía	<input type="checkbox"/> Litigio (Tipo y número de caso):	<input type="checkbox"/> Otro (Especifique):
--	--	---

F. Fecha de vencimiento de la presente autorización.

☐

Hasta que termine mi cobertura de mi Plan de Salud (identificado antes con el número de contrato).

☐

Fecha o evento de vencimiento:

Si no se indica una fecha de vencimiento, esta autorización vencerá un año después de la fecha de esta autorización.

G. Derecho a revocar esta autorización.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al dar aviso por escrito de mi revocación a la dirección que se indica más adelante. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará a ningún acto realizado con fundamento en esta autorización antes de que recibieran mi aviso de revocación por escrito.

**Blue Cross and Blue Shield of
Alabama Attention: Privacy Office
Post Office Box 2643
Birmingham, Alabama 35202-2643**

H. Firma:

Yo, _____, he tenido la oportunidad plena de leer y reflexionar sobre el contenido de esta autorización. Entiendo que mi Plan de Salud no condicionará sus actividades de pagos relacionados con mis reclamaciones, ni mi inscripción a mi Plan de Salud, ni mi elegibilidad para beneficios o tratamientos al hecho de que conceda esta autorización.

Firma:	Fecha:
*Firma del representante personal:	Fecha:

* Si firma como representante personal, debe describir sus facultades para fungir como representante personal del individuo que es el sujeto de la Información Médica Protegida descrita en esta autorización (el "Individuo") **escribiendo sus iniciales en una de las siguientes opciones:**

_____	El Individuo es un menor de edad no emancipado, soy el padre o la madre y tengo facultades, de acuerdo con las leyes aplicables, para actuar en nombre del Individuo y tomar decisiones relacionadas con sus servicios de salud, y la información médica aquí descrita es pertinente a mi representación personal del Individuo. Recuerde: Debe consultar las leyes de su estado para determinar si tiene facultades legales para tomar decisiones sobre los servicios de salud de su hijo(a). Si no está seguro de tener dichas facultades legales, tanto usted como su hijo(a) deben firmar este tratamiento. Por ejemplo: En el estado de Alabama un menor de edad que tenga 14 años de edad o más tiene facultades para tomar decisiones sobre sus servicios de salud y debe firmar esta autorización.
_____	El Individuo es un adulto, un menor de edad no emancipado o un menor de edad emancipado, soy el tutor, apoderado u otro representante autorizado, y tengo facultades, de acuerdo con las leyes aplicables, para actuar en nombre del Individuo y tomar decisiones relacionadas con sus servicios de salud, y la información médica aquí descrita es pertinente a mi representación personal del Individuo. Se adjunta una copia de los documentos legales que me confieren facultades para fungir como representante personal, como cartas de tutela.
_____	El Individuo ha fallecido, soy el albacea, administrador u otra persona autorizada por las leyes aplicables para actuar en nombre del patrimonio del Individuo, y la información médica aquí descrita es pertinente a mi representación personal del Individuo o de su patrimonio. Se adjunta una copia de los documentos legales que me confieren facultades para fungir como representante personal, como cartas testamentarias o cartas de designación como administrador.

CONSERVE UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN PARA SUS REGISTROS DESPUÉS DE FIRMARLA.

ELEGIBILIDAD: COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Para fines de coordinación de beneficios, ¿alguna de las personas que se mencionan en esta solicitud estará cubierta por otro plan o contrato **en el momento en que esta póliza entre en vigor**? Si contestó que sí, proporcione la siguiente información. Use hojas adicionales si es necesario.

NOMBRE DEL TITULAR DEL CONTRATO O DEPENDIENTE		FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA OTRA COBERTURA (MM/DD/AAAA) MM/DD/AAAA
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		NÚMERO DE PÓLIZA, IDENTIFICACIÓN, CONTRATO O CERTIFICADO
NÚMERO DE GRUPO	TIPO DE COBERTURA: <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> FAMILIAR	

ELEGIBILIDAD: MEDICARE

¿Alguna de las personas que se inscribirán en el seguro está inscrita en cualquier parte de Medicare (Partes A, B, C o D)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si contestó que sí, escriba el nombre de la persona:	NÚMERO DE MEDICARE Podría convenirle inscribirse en un suplemento de Medicare o en un plan Medicare Advantage. Visítenos en bcbsalmedicare.com para ver sus opciones.
---	--	--

PAGOS Y FACTURACIÓN

Solamente aceptaremos los pagos de sus primas si provienen de su cuenta personal (**no empresarial**). Las primas se pagan por adelantado, de manera mensual.

PRIMA – Me comprometo a pagarles por adelantado la prima mensual, por el importe debido, a más tardar el 1.º día de la fecha de entrada en vigor de la cobertura. Seleccione un método automático de pago O un método de facturación. **De no seleccionar un método automático de pago O un método de facturación, se retrasará el procesamiento de su solicitud.**

MES PREFERENTE DE ENTRADA EN VIGOR

MES MM/AAAA
Tome en cuenta que si su mes preferente de entrada en vigor no está disponible por cualquier motivo, su contrato entrará en vigor el siguiente mes disponible, de acuerdo con los lineamientos aplicables.

MÉTODO DE PAGO AUTOMÁTICO

Seleccione **UN** método de pago.

- ☐ Cheque electrónico
☐ Débito
☐ Tarjeta de crédito

Llene el acuerdo de autorización de pago que se adjunta y entréguelo junto con esta solicitud. Si se aprueba, su pago se cargará cada mes a su cuenta. La implementación del pago automático puede tardar hasta 30 días. Recibirá una factura por sus primas hasta que se establezca su método de pago. Se le enviará una notificación de cortesía por correo electrónico.

Solamente si paga con cheque electrónico, envíe por correo un cheque anulado en blanco a:

Blue Cross and Blue Shield of Alabama
Attention: Payment Processing Department
P.O. Box 11551
Birmingham, Alabama 35282-9722

MÉTODO DE FACTURACIÓN

Seleccione **UN** método de facturación

☐ Estado de cuenta electrónico

Recibirá una notificación por correo electrónico cada mes, cuando su estado de cuenta de facturación esté disponible. Se requiere una dirección de correo electrónico.

☐ Estado de cuenta de facturación

Recibirá un estado de cuenta de facturación cada mes, que incluye una factura que debe devolver con el pago de su prima. Se le enviará una notificación de cortesía por correo electrónico.

AVISO DE ARBITRAJE VINCULANTE

EL CONTRATO QUE ESTÁ SOLICITANDO INCLUYE ARBITRAJE DEFINITIVO Y VINCULANTE. ESO SIGNIFICA QUE TODOS LOS DESACUERDOS QUE NO SE RESUELVAN MEDIANTE EL PROCESO DE REVISIÓN EXTERNA QUE SE DESCRIBE EN EL FOLLETO DEL PLAN DE SALUD SERÁN RESUELTOS POR UN ÁRBITRO, Y NO POR UN TRIBUNAL. LA DECISIÓN DEL ÁRBITRO ES VINCULANTE. UN ÁRBITRO ES UNA PARTE INDEPENDIENTE Y NEUTRAL QUE TOMA UNA DECISIÓN DESPUÉS DE ESCUCHAR A AMBAS PARTES. LA DECISIÓN DEL ÁRBITRO NO PUEDE SER REVISADA POR UN TRIBUNAL, SALVO EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS QUE SE DESCRIBEN EN EL CONTRATO. EL ÁRBITRO FUNGE COMO JUEZ Y JURADO. AL FIRMAR ABAJO, USTED SE COMPROMETE A RESOLVER TODOS LOS DESACUERDOS MEDIANTE ARBITRAJE Y NO MEDIANTE UN JUICIO EN UN TRIBUNAL.

ACUERDO DE ARBITRAJE - DESPUÉS DE LEER EL PRESENTE TEXTO, ACEPTO LAS DISPOSICIONES SOBRE ARBITRAJE DEL CONTRATO.

Reconozco con mi firma que he leído y entendido el anverso y reverso de esta solicitud, que todas las declaraciones que he hecho son veraces y completas, y que me comprometo a someterme a arbitraje vinculante en lo referente al plan de salud que se describe en esta solicitud y en mi folleto del contrato del plan de salud Blue Cross and Blue Shield of Alabama.

ESTA SOLICITUD NO ESTÁ COMPLETA HASTA QUE ESTÉ FIRMADA Y FECHADA.

FIRMA DEL SOLICITANTE	MM/DD/AAAA
BLUE CROSS AND BLUE SHIELD - COPIA	FECHA DE LA FIRMA
	SOLICITANTE - COPIA

