



Autorización de Información Protegida de Salud para consultas hechas por Servicio al Cliente

OBJETIVO

Yo soy el miembro que aparece en la Sección I.
Esta autorización ha sido solicitada por mí para permitir que Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., Health Options, Inc. y Florida Blue Medicare, Inc. (juntas, "Florida Blue") respondan a las consultas hechas por servicio al cliente en relación con mi Información Protegida de Salud respecto a productos de salud, dentales y a largo plazo.

Complete todo el formulario y devuélvalo a:

Florida Blue Access
Authorization Unit
P.O. Box 45296
Jacksonville, FL 32232

SECCIÓN I

Proporcione los siguientes datos de la persona cuya Información Protegida de Salud será divulgada.

Nombre del miembro: _____

Número de miembro: _____

Número de grupo: _____ Fecha de nacimiento: _____

SECCIÓN II

Autorizo a que Florida Blue divulgue mi Información Protegida de Salud, en forma oral y/o escrita, referente a:

- Información de identificación (ej., nombre, edad, dirección, género);
- Información acerca de la cobertura de salud (ej., información de beneficios general y específica del plan);
- Información de reclamaciones pasadas, presentes y futuras (a excepción de cualquier periodo de tiempo en la que la dirección para Comunicaciones Confidenciales¹ se encontraba vigente); y
- Coordinación de la Información de Beneficios.

SECCIÓN III

Identifique a la(s) persona(s) y/o entidad(es) a quienes la Información Protegida de Salud podría ser divulgada y su relación, por ejemplo, agente de ventas, representante de beneficios de salud del empleador, padre/madre, miembros de familia, amigos, entidad corporativa, firma legal, proveedor.

Mi información deberá ser proporcionada a la(s) persona(s) que se menciona(n) abajo.

Use letra de imprenta (molde):

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____

SECCIÓN IV

Por ley, esta autorización debe indicar que las personas ajenas a Florida Blue que reciban la Información Protegida de Salud del miembro podrían no tener que obedecer las leyes de privacidad de la información federal de salud y la Información Protegida de Salud del miembro podría ser divulgada por esas personas más adelante.

Además entiendo que si he identificado a un agente de ventas o a un representante de beneficios de salud de empleador en la Sección III a quien mi Información Protegida de Salud será divulgada, Florida Blue no tendrá otra responsabilidad en la divulgación de mi Información Protegida de Salud por dichas personas designadas.

Esta autorización es voluntaria y no es una condición para la inscripción en un plan de salud, la elegibilidad para los beneficios o el pago de las reclamaciones.

SECCIÓN V

Esta autorización vencerá el:

_____/_____/_____

Mes Día Año

O

Fecha en que finaliza la cobertura de salud de Florida Blue del miembro

Se recomienda que indique una fecha de expiración específica en esta autorización si ha designado a un agente de ventas o a un empleado como representante autorizado, o a cualquier otra persona para la cual podría haber sido designado para asistir con una tarea específica a corto plazo.

SECCIÓN VI

Copia de la Autorización

Conserve una copia firmada de su autorización. Una copia es tan válida como el original.

SECCIÓN VII

Derecho a Cancelar la Autorización

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento si envío una notificación por escrito a la dirección que se encuentra en la página 1 de este formulario. Además entiendo que la revocación de la autorización no afectará a ninguna acción tomada por Florida Blue conforme a esta autorización antes de recibir mi notificación escrita de revocación.

SECCIÓN VIII

Firma

Firma del miembro:

Fecha: _____

Si un representante legal firma este formulario de autorización en nombre del miembro, proporcione la siguiente información:

Nombre del Representante Legal²:

Fecha en que se firma: _____

Relación con el miembro:

¹ Una dirección para Comunicaciones Confidenciales es aquella indicada por un adulto (de 18 años o más) y es diferente a la dirección en donde el suscriptor recibe su correo.

² Presente documentación escrita que respalde su condición de apoderado u otro tipo de representante legal.

Blue Cross and Blue Shield of Florida Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue, ofrece seguro de salud. Health Options, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue HMO y Florida Blue Medicare, Inc., subsidiarias HMO de Florida Blue, ofrecen cobertura HMO. Estas compañías son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.