



Respuesta a una solicitud de modificación rechazada

Use este formulario para responder al rechazo de su solicitud de modificación, o para pedir que su solicitud original de modificación y el rechazo se adjunten a las futuras divulgaciones de información médica protegida (*Protected Health Information, PHI*) que solicitó que se modificara. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado. Complete el formulario en su totalidad. Necesitamos una copia de nuestra carta original de rechazo para poder responderle a esta solicitud.

DESPUÉS DE COMPLETAR 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: Proporcione información sobre la persona a quien se le rechazó una solicitud de modificación.				
_____	_____	_____	_____	_____
nombre	n.º de grupo	n.º de asegurado/titular de la póliza		
_____	_____	_____	_____	_____
n.º de seguro social	fecha de nacimiento	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
domicilio	ciudad	estado	código postal	
_____	_____	_____	_____	_____
código de área y teléfono	correo electrónico (si tiene)			

Sección B: Seleccione la opción apropiada. Solamente puede seleccionar una.	
<input type="checkbox"/>	Opción 1: Solicito que se adjunte la siguiente declaración de desacuerdo a mi conjunto designado de expedientes. (Limite su respuesta al espacio que se proporciona a continuación.)

<input type="checkbox"/>	Opción 2: Elijo no presentar una declaración de desacuerdo. En vez, solicito que se incluyan mi solicitud original de modificación y el subsiguiente rechazo a cualquier futura divulgación de información médica protegida que solicité que se modificara.

Sección C: Firma	
Este documento tiene que estar firmado por el interesado, uno de los padres de un menor o por el representante autorizado del solicitante.	
Entiendo que yo solo puedo firmar en nombre de un menor de 18 años, a menos que se presenten pruebas de tutela.	
_____	_____
Firma	Fecha: mes/día/año

Sección D: Si un representante autorizado firma la Sección C, proporcione la siguiente información.			
Si firma con capacidad de un poder notarial, tutor, albacea o administrador, adjunte una copia de los documentos legales correspondientes. NO es necesario adjuntar copias de estos documentos si ya constan en los archivos de Blue Cross and Blue Shield of Illinois.			
_____	_____	_____	_____
nombre del representante autorizado	parentesco con la persona que responde al rechazo		
_____	_____	_____	_____
domicilio del representante autorizado	ciudad	estado	código postal
_____	_____	_____	_____
código de área y teléfono del representante autorizado	correo electrónico del representante autorizado (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 del HCSC (HSCS Privacy Office).