



Respuesta a una Solicitud de modificación rechazada

Este formulario es 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 de salud protegida (*Protected Health Information, PHI*, en inglés) que usted quería que se modificaran. Si necesita ayuda para llenar este formulario, por favor llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en su tarjeta de asegurado. Llene todo el formulario.

Necesitamos una copia de nuestra carta original de rechazo para responderle a esta petición.

DESPUÉS DE LLENARLO Y FIRMARLO, POR FAVOR ENVÍELO POR CORREO A: **Blue Cross and Blue Shield of Illinois**
P.O. Box 805106
Chicago, IL 60680-4112

Sección A: La persona a quien se le rechazó una solicitud de modificación. Por favor proporcione 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 B: Por favor seleccione la opción apropiada. Solamente puede seleccionar una:
<input type="checkbox"/> Opción 1: Yo solicito que adjunten la siguiente Declaración de desacuerdo a mi Conjunto designado de expedientes. (Por favor limite su respuesta al espacio que se proporciona.) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> Opción 2: Yo elijo no presentar una Declaración de desacuerdo. En vez, yo solicito que incluyan mi Solicitud original de modificación y el subsiguiente rechazo con cualquier futura divulgación de Información de salud protegida que yo había solicitado 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 Personal del solicitante.		
Yo entiendo que yo solo puedo firmar en nombre de un menor de los 18 años de edad, a menos que se compruebe la tutela.		
<table> <tr> <td>Firma</td> <td>Fecha: mes/día/año</td> </tr> </table>	Firma	Fecha: mes/día/año
Firma	Fecha: mes/día/año	

Sección D: Si un Representante Personal firma la Sección C, por favor proporcione la siguiente información:												
Si firma con capacidad de un Poder Notarial, Tutor, Albacea o Administrador, por favor 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.												
<table> <tr> <td>Nombre del Representante Personal</td> <td colspan="3">Relación con la persona que responde al rechazo</td> </tr> <tr> <td>Domicilio del Representante Personal</td> <td>Ciudad</td> <td>Estado</td> <td>Código postal</td> </tr> <tr> <td>Código de área y teléfono del Representante Personal</td> <td colspan="3">Correo electrónico Representante Personal (si tiene)</td> </tr> </table>	Nombre del Representante Personal	Relación con la persona que responde al rechazo			Domicilio del Representante Personal	Ciudad	Estado	Código postal	Código de área y teléfono del Representante Personal	Correo electrónico Representante Personal (si tiene)		
Nombre del Representante Personal	Relación con la persona que responde al rechazo											
Domicilio del Representante Personal	Ciudad	Estado	Código postal									
Código de área y teléfono del Representante Personal	Correo electrónico Representante Personal (si tiene)											



BlueCross BlueShield of Illinois

Si usted o la persona a la que usted está ayudando tienen alguna pregunta, ustedes tienen el derecho de recibir ayuda e información en su idioma gratuitamente. Si desea recibir los servicios de un intérprete, por favor llame al número de servicio al cliente que aparece en su tarjeta de asegurado. Si usted no es un asegurado o si no tiene una tarjeta, por favor llame al 855-710-6984.

العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية تكلفة. للتحدث إلى مترجم فوري، اتصل على رقم خدمة العملاء المذكور على ظهر بطاقة عضويتك. فإن لم تكن عضواً، أو كنت لا تملك بطاقة، فاتصل على 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請致電印在您的會員卡背面的客戶服務電話號碼。如果您不是會員，或沒有會員卡，請致電 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, composez le numéro du service client indiqué au verso de votre carte de membre. Si vous n'êtes pas membre ou si vous n'avez pas de carte, veuillez composer le 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Kundenservicenummer auf der Rückseite Ihrer Mitgliedskarte an. Falls Sie kein Mitglied sind oder keine Mitgliedskarte besitzen, rufen Sie bitte 855-710-6984 an.
Ελληνικά Greek	Εάν εσείς ή κάποιος που βοηθάτε έχετε ερωτήσεις, έχετε το δικαίωμα να λάβετε βοήθεια και πληροφορίες στη γλώσσα σας χωρίς χρέωση. Για να μιλήσετε σε έναν διερμηνέα, καλέστε τον αριθμό εξυπηρέτησης πελατών που αναγράφεται στο πίσω μέρος της κάρτας μέλους σας. Εάν δεν είστε μέλος ή δεν έχετε κάρτα, καλέστε τον αριθμό 855-710-6984.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવી કોઈ બીજી વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે, તમારા સભ્યપદના કાર્ડની પાછળ આપેલ ગ્રાહક સેવા નંબર પર કોલ કરો. જો આપ સભ્યપદ ના ધરાવતા હોવ, અથવા આપની પાસે કાર્ડ નથી તો 855-710-6984 નંબર પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में निःशुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए, अपने सदस्य कार्ड के पीछे दिए गए ग्राहक सेवा नंबर पर कॉल करें। यदि आप सदस्य नहीं हैं, या आपके पास कार्ड नहीं है, तो 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il servizio clienti al numero riportato sul lato posteriore della tua tessera di socio. Se non sei socio o non possiedi una tessera, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 회원 카드 뒷면에 있는 고객 서비스 번호로 전화하십시오. 회원이 아니시거나 카드가 없으시면 855-710-6984 으로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago la'da biká anánílwo'ígíí, na'ídiłkídogo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níik'e níká a'doolwoł. Ata' halne'í bich'í' hadeesdzih nínízingo éí kwe'é da'íníshgí áká anídaalwo'ígíí bich'í' hodíłnìh, bee nééhózinìi bine'déé' bikáá'. Kojí atah naaltsoos ná hadít'ééggóó éí doodago bee nééhózinígíí ádingo kojì' hodíłnìh 855-710-6984.
PolSKI Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer podany na odwrocie karty członkowskiej. Jeżeli nie jesteś członkiem lub nie masz przy sobie karty, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните в отдел обслуживания клиентов по телефону, указанному на обратной стороне вашей карточки участника. Если вы не являетесь участником или у вас нет карточки, позвоните по телефону 855-710-6984.
Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete comuníquese con el número del Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de miembro. Si usted no es miembro o no posee una tarjeta, llame al 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa numero ng serbisyo para sa kustomer sa likod ng iyong kard ng miyembro. Kung ikaw ay hindi isang miyembro, o kaya ay walang kard, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	گر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، کسٹمر سروس نمبر پر کال کریں جو آپ کے کارڈ کی پشت پر درج ہے۔ اگر آپ ممبر نہیں ہیں، یا آپ کے پاس کارڈ نہیں ہے تو، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị hoặc người mà quý vị giúp đỡ có bất kỳ câu hỏi nào, quý vị có quyền được hỗ trợ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với thông dịch viên, gọi số dịch vụ khách hàng nằm ở phía sau thẻ hội viên của quý vị. Nếu quý vị không phải là hội viên hoặc không có thẻ, gọi số 855-710-6984.



Tener cobertura médica es importante para todos.

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad o discapacidad.

Si necesita recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos, llámenos sin cargos al 855-710-6984.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar su inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@hcsc.net

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Recursos Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formulario de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

BCBSIL provee servicios TDD/TTY para los asegurados que llamen y que tengan dificultades de audición, sordera y del habla, además de ayuda en varios idiomas. Los asegurados pueden usar su máquina de teletipo (TeleTypewriter, TTY) o su aparato para telecomunicaciones (TDD) para acceder a una operadora de teletipo al 1-800-526-0844.