



of Tennessee

[www.bcbst.com](http://www.bcbst.com)

1 Cameron Hill Circle  
Chattanooga, Tennessee 37402-0001

# Formulario de Autorización para la Divulgación de Información ERISA

## Información del paciente (Requerida)

Número de Identificación del suscriptor		Nombre del miembro/paciente		
Dirección del domicilio		Ciudad	Estado	Código Postal
Número telefónico:				

## Información de reclamaciones/fechas de servicio (Requerido) - Escriba "N/A" si no aplica.

Número de reclamación	Fecha(s) de Servicio
Nombre del Proveedor	
Servicio en cuestión	

**Nota: Adjunte una copia de su Explicación de Beneficios (EOB), o de la correspondencia relacionada con esta determinación, si está disponible (no es obligatorio).**

## Descripción de la información solicitada (Requerida) - Incluya un anexo si usted necesita espacio adicional.

A continuación, por favor describa la información o los documentos específicos que está solicitando:

---

---

A continuación, por favor describa la información o los documentos específicos que está solicitando:

## Firma del suscriptor (Requerida)

X

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Suscriptor

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Si el paciente/miembro es menor de edad o un adulto incapacitado:

Doy fe de que soy el padre o tutor del menor o soy custodio/tutor por orden judicial o tengo un poder legal del miembro/paciente identificado anteriormente. (Nota: Debe adjuntar las órdenes de la corte / custodia de la guarda o el poder legal si usted es un tutor legal / custodio o tener un Poder Notarial para el miembro / paciente.)

X

\_\_\_\_\_  
Firma del padre custodio/guardián o Carta Poder

\_\_\_\_\_  
Fecha

**(continúa en la parte de atrás)**



**Nombramiento del representante autorizado**  
*(Requerido sólo si usted elige esta opción)*

Nombro a \_\_\_\_\_ para que actúe como mi Representante Autorizado para las reclamaciones relacionadas con las fechas de servicio mencionadas en este formulario. Además, puedo revocar esta designación de representante autorizado, en cualquier momento mediante la presentación de dicha revocación por escrito a BlueCross BlueShield of Tennessee.

X

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Suscriptor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si el paciente/miembro es menor de edad o un adulto incapacitado:**

Doy fe de que soy el padre o tutor del menor o soy el custodio/tutor por orden judicial o tengo una carta poder de un abogado del miembro/paciente identificado en este formulario. Nombro a \_\_\_\_\_ para que actúe como Representante Autorizado del miembro/paciente.

(Nota: Usted debe adjuntar las órdenes de la corte del guardián/custodio o la carta poder, si usted es el tutor legal/custodio o tiene una carta poder del abogado del miembro/paciente).

X

\_\_\_\_\_  
Firma del padre custodio/guardián o Carta Poder

\_\_\_\_\_  
Fecha

.....

X

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Designado

\_\_\_\_\_  
Fecha

Al firmar este documento, acepto el nombramiento como representante autorizado del paciente/miembro para recibir la información solicitada.

Mi dirección y mi número de teléfono son:

Dirección:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número telefónico: (        ) \_\_\_\_\_

***Si usted tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con el Departamento de Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.***

***Por favor devuelva el formulario completo a:***

***BCBST Claims Service Center 1  
Cameron Hill Circle Ste 0019  
Chattanooga, TN 37402-0019***

BlueCross BlueShield of Tennessee (BlueCross) cumple con las leyes de los derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo<sup>1</sup>. BlueCross no excluye a las personas o las trata de manera diferente debido a la raza, color de la piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

BlueCross:

- Provee a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares gratuitos y apropiados para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como: (1) intérpretes cualificados de lenguaje de señas e (2) información escrita en otros formatos, como letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles.
- Provee servicios gratuitos de asistencia en otros idiomas a personas cuyo primer idioma no es el inglés, tales como: (1) intérpretes cualificados e (2) información escrita en otras lenguas.

Si necesita estas modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia en otros idiomas, comuníquese con un asesor de consumo al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o llame al 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298 o 711).

Si cree que BlueCross ha fallado en proveerle estos servicios o le ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja ("Queja de No Discriminación"). Para recibir ayuda con la preparación y presentación de su Queja de No Discriminación, comuníquese con un asesor de consumo al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o llame al 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298 o 711). Ellos le pueden dar el formulario apropiado para presentar una Queja de No Discriminación. Usted puede presentar una Queja de No Discriminación en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Envíe su Queja de No Discriminación a: Nondiscrimination Grievance; c/o Manager, Operations, Member Benefits Administration; 1 Cameron Hill Circle, Suite 0019, Chattanooga, TN 37402-0019; (423) 591- 9208 (fax); Nondiscrimination\_OfficeGM@bcbst.com (correo electrónico).

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Usted puede comunicarse con el Coordinador de No Discriminación de BlueCross al 423-535-1010 (TTY: 1-800-848-0298 o 711); Nondiscrimination\_CoordinatorGM@bcbst.com (correo electrónico); o Corporate Compliance, 1 Cameron Hill Circle, 1.4, Chattanooga, TN 37402.

Esta notificación está disponible en el sitio web de BlueCross: bcbst.com.

BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc. un licenciatario independiente de BlueCross BlueShield Association.

BlueCross BlueShield of Tennessee es un emisor cualificado de planes médicos en el mercado de seguros médicos.

<sup>1</sup> Conforme al alcance de la discriminación sexual descrita en 45 CFR 92.101(a)(2))

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services and appropriate auxiliary aids and services are available to you. Please call the Member Service number on the back of your Member ID card or 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma, así como ayudas y servicios auxiliares adecuados. Llame al número de Servicio de atención a miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o al 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

اتباه: إذا كنت تتحدث العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية والخدمات والأدوات المساعدة المناسبة. يرجى الاتصال برقم خدمة الأعضاء الموجود على ظهر بطاقة هوية العضو الخاص بك أو بالرقم 1-800-565-9140 (الهاتف النصي: 1-800-848-0298)

注意: 如果您說中文，我們提供免費的語言協助服務，以及適當的輔助協助和服務。請撥打會員ID卡背面的會員服務部號碼或1-800-565-9140 (聽障專線 (TTY): 1-800-848-0298)。

LUU Y: Nếu quý vị nói tiếng Việt, quý vị sẽ được cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí và các dịch vụ và công cụ hỗ trợ phù hợp. Vui lòng gọi đến số của bộ phận Dịch vụ Hội viên ở mặt sau Thẻ ID Thành viên của quý vị hoặc số 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

주의: [한국어]를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스 및 적절한 보조 기구와 서비스가 제공됩니다. 가입자 ID 카드 뒷면의 가입자 서비스 전화번호 또는 1-800-565-9140(TTY: 1-800-848-0298)번으로 전화하시기 바랍니다.

ATTENTION : Si vous parlez français, des services gratuits d'assistance linguistique et des aides et services auxiliaires appropriés sont à votre disposition. Veuillez appeler le numéro du Service adhérents indiqué au dos de votre carte d'assuré adhérent ou le 1-800-565-9140 (TTY/ATS : 1-800-848-0298).

ਐਂਗਲਿਸ਼: ਠੀਕਾਂ ਨੂੰ ਵਾਸਤਾ ਆਸਾਨਾ, ਮਿਸ਼ਨ ਪੌਲਿਸ਼ਮ ਡਾਢੇ ਯੁੱਠਿਓਂ ਨਾਸਾ ਅਤੇ ਮਾਨ ਡਾਢੇ ਯੁੱਠਿਓਂ ਅਤੇ ਮਾਨ ਪੌਲਿਸ਼ਮ ਠੀਕਾਂ ਯੁੱਠਿਓਂ ਨਾਸਾ. ਨ: ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾ ਮੈਂਬਰ ਠੀਕਾਂ ਮਿਸ਼ਨ ਪੌਲਿਸ਼ਮ ਡਾਢੇ ਯੁੱਠਿਓਂ ਨਾਸਾ. 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

ማሰገንዘቢያ:- አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ ነጻ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች እና ተገቢ ረዳት ምርጫዎች እና አገልግሎቶች ለእርስዎ ይገኛሉ። በእባል ነገ ሙሉ ወይም ጃርባ ላይ በሚገኘው የአባላት አገልግሎት ቁጥር ወይም በ 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298) ይደውሉ።

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen und geeignete Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die Nummer des Mitgliederdienstes auf der Rückseite Ihrer Mitglieds-ID-Karte oder 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298) an.

ਧਿਆਨ ਆਯੋ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਮਾਂ ਭਾਸ਼ੀ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਮੁਫ਼ਤ ਨਿ:ਸ਼ੁਲਕ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਯੋਗ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੋ. ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰੀਨੇ ਅਸੀਂ ਨਾਸਾ ਸਹਾਇਕ ID ਡਾਢੇ ਨੀ ਪਾਠਨਾ ਸਹਾਇਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਉਪਰ ਅਧਿਕ 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298) ਪਰ ਡਾਢੇ ਕਰੋ.

お知らせ: 日本語をお話しになる場合は、無料の支援サービスと適切な補助器具・サービスがご利用いただけます。会員IDカードの裏面に記載の会員サービス番号あるいは1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298)まで、お電話にてご連絡ください。

PANSININ: Kung kayo ay nagsasalita ng Tagalog, magagamit para sa inyo ang libreng mga serbisyo tulong sa wika at kaululang mga karagdagang tulong at mga serbisyo. Mangyaring tawagan ang numero ng Serbisyo sa Miyembro na nasa likod ng inyong Kard ng ID ng Miyembro o sa 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएँ और उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ उपलब्ध हैं। कृपया अपने सदस्य ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर या 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298) पर कॉल करें।

ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, Вам будут предоставлены услуги языковой поддержки и соответствующие вспомогательные средства и сервисы на бесплатной основе. Позвоните в отдел обслуживания участников по номеру, указанному на обратной стороне Вашей идентификационной карты участника, или по номеру 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمکی زبانی رایگان و مساعدت ها و خدمات کمکی مناسب در دسترس شما هستند. در صورتیکه عضو هستید، با شماره خدمات اعضا در پشت کارت عضویت خود یا 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298) تماس بگیرید.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, genyen sèvis asistans gratis pou lang ansanm ak èd pou sèvis oksilyè apwopriye k ap disponib pou ou. Tanpri rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID Manm ou an oswa 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

UWAGA: Osoby posługujące się językiem polskim mogą bezpłatnie skorzystać z pomocy językowej oraz rozwiazań i usług pomocniczych. Prosimy zadzwonić pod numer działu obsługi ubezpieczonych podany na odwrocie karty identyfikacyjnej członka lub numer 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

ATENÇÃO: Se você fala Português, serviços gratuitos de assistência linguística e recursos e serviços auxiliares apropriados estão disponíveis para você. Ligue para o número de telefone do serviço de Atendimento ao Membro informado no verso de seu cartão de identificação de membro ou para 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili per Lei servizi gratuiti di assistenza linguistica nonché aiuti e servizi ausiliari adeguati. Chiami il numero del Servizio per i membri riportato sul retro della Sua scheda identificativa del membro oppure il numero 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

BAA'áKOHWIINIDZIN: Diné bizaad bee yáńíít'go, t'áá jiik'éh saad bee áka'aná'awo' bee áka'anida'awo'í dóó t'áadoole'é binahjí' bee adahodooníígíí diné bich'í' anidahazt'í'í bee bika'anida'awo'í ná dahólo'. T'áá shóodí Bih Ha'dít'éhí Bika'aná'awo' Bih Ha'dít'éhí ID naaltsoos nít'í'zì bíné'déé' binámboo bee hodíílnih doodago 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

WICHDICH: Wann Du Deutsch schwetzschst un brauchschst Hilf fer communicat-e kenne mer dich helfe unni as es dich ennich eppe koschde zellt. Mir kenne differnti Sadde Schprooch-Hilf beigrige aa fer nix. Ruf der Member Service Number uff die hinnerscht Seit vun dei Member ID Card uff odder 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

FAASILASILAGA: Afai e te tautala i le faa-Samoa, o loo avanoa mo oe auanaga fesoasoani mo gagana e aunoa ma se tofogi faapea ma fesoasoani fa'aopo'opo ma auanaga talafeagai. Faamolemole vala'au le numero o le Member Service (Auanaga mo Tagata Auai) o lo'o i tua o lau pepa ID o le Member (Tagata Auai) po o le 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

GAKIULA: Gare iga go kapetal Faluwasch, ye toore paliuwal yamem bwe tepangug rel gamatefal lane kapetal Faluwasch. Fale peshem kol yegili nampal Member Service ila yelog liugul tagurul Member ID kard la yam gare 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).

ATENSION: Guaha setbisio siha para hagu yanggen finfino' CHamorur hao, dibatde na setbision inayudun fumino' CHamorur yan propriu na inasuden trastes yan setbisio siha. Put fabot agang i numiron Setbision Membro gi santatten i kattá-mu Member ID pat 1-800-565-9140 (TTY: 1-800-848-0298).