



Date

Name

Address

City, State Zip

Paciente:

Fecha(s) de servicio:

Proveedor:

Consulta de referencia:

Asunto:

He dado mi autorización para que \_\_\_\_\_ me represente, y actúe en mi nombre en relación con la mencionada denegación de los siguientes servicios: \_\_\_\_\_.

Autorizo a Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC) a divulgar cualquier información de salud protegida (PHI) a mi representante mencionado anteriormente con el fin de que resuelva mi apelación.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a Blue Cross NC a la dirección que figura más abajo. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará a las medidas que Blue Cross NC haya tomado antes de recibir mi notificación de revocación.

Además, entiendo que Blue Cross NC no condicionará la provisión de los beneficios de mi plan de seguro médico a esta autorización.

También entiendo que la(s) persona(s) a la(s) que he autorizado a recibir mi información de salud protegida puede(n) no estar sujeta(s) a las leyes federales de privacidad de información de salud y que puede(n) divulgar mi información y puede(n) dejar de estar protegida(s) por las leyes federales de privacidad de información de salud.

Esta autorización expirará cuando se resuelva esta apelación.

Tenga en cuenta que al completar y presentar este formulario, usted otorga autoridad a un tercero (como un proveedor u otro representante) para presentar una apelación en su nombre. Este formulario no pretende ser su solicitud de apelación propiamente dicha. Asegúrese de que su representante autorizado nos envíe su solicitud de apelación si no se nos ha entregado previamente.

Gracias,

\_\_\_\_\_  
Firma del afiliado

\_\_\_\_\_  
Fecha

