

Beneficios y reclamos/Benefit and Claim

Autorización de divulgación de información PBCAK Individual/Information Authorization Release PBCAK Individual

Instrucciones

- Siga los pasos para autorizar a Premera Blue Cross Blue Shield of Alaska (Premera) a divulgar la información médica protegida de un miembro a un Representante autorizado, quien se identifica en la Sección B de este formulario.
- Si tiene preguntas, llame al número de Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación del miembro.

A. ¿De quién es la información que se divulga?/Whose information is being released?

Nombre completo (apellido, primer nombre, segundo nombre)/Full name (last, first, middle)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)/ Date of birth (mm-dd-yyyy)
N.º de Id. de miembro/Member ID#	

B. ¿A quién autoriza a recibir su información?/Whom are you authorizing to receive your information?

Nombre completo (apellido, primer nombre, segundo nombre)/Full name (last, first, middle)		
Código de área y número de teléfono/Area code and phone number	Relación con el miembro/Relationship to member	☐ Marque aquí si esta persona está en el mismo plan que el miembro./Check here if this person is on the same plan as the member.
Fax/Fax	Dirección/Address	
Ciudad/City	Estado/State	Código postal/Zip code

C. ¿Por qué autoriza a esta persona? Marque una opción./Why are you authorizing them? Select one.

☐ Por decisión propia/At my own request ☐ A pedido de Premera para:/At Premera's request for: ☐ Investigación/Research ☐ Otro/Other _____ ☐ Otro (indique la fecha específica, el período específico, el acontecimiento o la afección):/Other (state specific date, specific time period, event or condition): _____

D. Tipo de información autorizada para su divulgación/Type of information authorized for release

Premera o cualquiera de sus afiliadas (la compañía) puede divulgar los registros de salud, reclamos, facturación e información de elegibilidad del miembro al Representante autorizado indicado anteriormente en la Sección B. Entiendo que la información de atención médica puede incluir los beneficios, reclamos, diagnósticos y registros de tratamiento del miembro, incluida información sobre los siguientes diagnósticos de salud sensibles que he marcado en las casillas a continuación./

Premera or any of its affiliates (the company), may disclose the member's health records, claims, billing, and eligibility information with the Authorized Representative listed above in section B. I understand that the healthcare information may include the member's benefit, claim, diagnosis and treatment records, including information about the following sensitive healthcare diagnosis that I have checked in the boxes below.

¿Qué tipo de información debemos compartir con el Representante autorizado? Marque todas las opciones que correspondan. (Si no se marca ninguna casilla, solo se divulgará información médica general)./

What types of information should we share with the Authorized Representative? Check all that apply. (If no box is checked, only general health information will be released.)

- ☐ Información médica general/General health information
- ☐ Información genética/Genetic information
- ☐ Abuso de alcohol o farmacodependencia/Alcohol and/or chemical dependency
- ☐ Salud reproductiva (incluido el aborto)/Reproductive Health (including abortion)
- ☐ Enfermedades de transmisión sexual (VIH/SIDA)/Sexually transmitted diseases (HIV/AIDS)
- ☐ Atención en reasignación de sexo, disforia de género, violencia doméstica y salud conductual./Gender affirming care, gender dysphoria, domestic violence, and behavioral health

E. Ver los reclamos en línea/Online Claims Viewing

¿La persona que usted autoriza puede ver sus reclamos en línea?

No tendrá acceso a su cuenta de Premera.com ni podrá iniciar sesión como usted. Solo podrá ver sus reclamos a través de su propio portal para miembros, si es elegible. La persona autorizada debe ser un padre/madre, cónyuge o pareja doméstica inscrito/a en el plan. No se otorgará acceso a menos que marque "Sí" a continuación./

They will not have access to your Premera.com account or be able to log in as you. They can only view your claims through their own member portal, if eligible. The authorized individual must be an enrolled parent, spouse, or domestic partner on the plan. Access will not be granted unless you check "Yes" below.

☐ **Sí**, autorizo a la persona designada a ver mis reclamos (incluidos los reclamos sensibles) a través de su propia cuenta de miembro en Premera.com. Esto no le otorga acceso a mi cuenta, nombre de usuario, contraseña ni la capacidad de administrar mi perfil. (La visualización de reclamos puede incluir uso de beneficios, límites, gastos, detalles de actividad, etc.)/

Yes, allow the authorized individual to view my claims (including sensitive claims) through their own Premera.com member account. This does not give them access to my account, username, password, or ability to manage my profile. (Claims view may include benefit usage, limits, spending, activity details, etc.)

F. Cuentas de financiamiento personal/Personal Funding Accounts

- ☐ Sí, autorizo que todos los reclamos, incluidos los reclamos sensibles, estén disponibles en la Cuenta de financiamiento personal del suscriptor (solo aplicable si la Cuenta de financiamiento personal del suscriptor es administrada por Premera)./

Yes, I authorize to have all claims, including sensitive claims, available within the subscriber's Personal Funding Account (only applicable if the subscriber's Personal Funding Account is administered by Premera).

G. ¿Quién debe firmar este formulario?

- Para un miembro de 17 años o menor: el padre o tutor legal puede firmar
- En el caso de un miembro de 18 años o mayor: el miembro debe firmar (salvo que un tribunal con jurisdicción haya determinado que el miembro es incapaz de otorgar consentimiento para sus propios servicios y haya asignado a un tutor legal)

H. Revisar y firmar/Review and sign

DURACIÓN DE LA DIVULGACIÓN: Esta autorización expirará veinticuatro (24) meses después de la fecha de firma, a menos que se solicite aquí un plazo más corto: **/DURATION OF RELEASE:** This authorization will expire twenty-four (24) months from the date signed unless a shorter timeframe is requested here:

Puede cambiar de opinión y retirar esta divulgación en cualquier momento notificándole por escrito a la Compañía a la dirección detallada en la parte inferior de este formulario. La Compañía se asegurará de que el cambio entre en efecto dentro de los cinco días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud de retiro, y no será responsable de ninguna información divulgada antes de que su cambio entre en efecto.

La persona o entidad que recibe la información del miembro puede compartirla. Las normas de privacidad estatales y federales pueden dejar de protegerla. Esta divulgación es voluntaria. La inscripción del miembro en el plan de salud, la elegibilidad para los beneficios o el pago de reclamos no se ven afectados por esta divulgación. Esta divulgación durará veinticuatro meses a partir de la fecha de la firma que aparece más abajo, o hasta que la cancele. Esta solicitud se aplica solo al plan de salud actual del miembro.

Firma:/Signature:

X _____

Nombre en letra de imprenta/Print name

Fecha de la firma/Date signed

I. Complete esta sección si el firmante del documento no es el miembro./Complete this section if the document signer is not the member.

No soy el miembro. Soy el (seleccione uno):/I am not the member. I am the (select one):

☐ Tutor legal/Legal guardian

☐ Padre/Parent

☐ Titular del poder/Representante legal (debe adjuntar documentación legal de respaldo)/Holder of Power of Attorney/Legal Representative (must attach supporting legal documentation)

J. Envíe a Primera

ENVÍE POR CORREO A:

Member Appeals
PO Box 21707
Eagan, MN 55121

ENVÍE POR FAX AL:

844-990-0262