

Solicitud de acceso a Información sobre la salud protegida

Este formulario me permitirá, como miembro/participante de CareAllies®, solicitar acceso a Información sobre la salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sobre mí, mantenida por CareAllies, y que CignaHealthcare haya creado o recibido durante la vigencia de mi empleo en virtud del empleador identificado a continuación.

Verificación – (Utilice letra de molde)

ID del Miembro/Participante que solicita la PHI: (La siguiente información es necesaria para verificar la identidad. Complete todos los datos que correspondan).

Nombre del Miembro/Participante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono donde podemos encontrarlo si necesitamos comunicarnos con usted para procesar su solicitud (obligatorio): _____

N.º del Seguro Social (opcional): _____ N.º de grupo o cuenta que aparece en la tarjeta de ID: _____

Relación del Suscriptor con el Miembro/Participante: _____ N.º de tarjeta de ID del Miembro/Participante (si corresponde): _____

Nombre del Suscriptor (si difiere del Miembro/Participante): _____ Nombre del empleador del suscriptor: _____

N.º del Seguro Social del Suscriptor (si difiere del Miembro/Participante) (opcional): _____

Si tiene cobertura adicional con CareAllies, además de la descrita precedentemente, complete también la siguiente información:

Nombre del otro Empleador: _____

1. N.º de tarjeta de ID del Miembro/Participante: _____ N.º de grupo o cuenta que aparece en la tarjeta de ID: _____

Solicitud

Dirección a la que CareAllies enviará la información solicitada:

Información solicitada de los registros mantenidos por CareAllies

- Reclamos adjudicados (procesados): Este es un resumen de los reclamos pagados o rechazados.
(No incluye información sobre reclamos recibidos pero aún no procesados. Si desea conocer el estado de esos reclamos, puede llamar a Servicios a los miembros al número gratuito que aparece en su tarjeta de ID de CareAllies o en la del Suscriptor).
- Información sobre inscripción o requisitos que se deben cumplir que CareAllies haya recibido del empleador del Suscriptor o del Suscriptor/Miembro/Participante.
(Esto incluye información como nombre, dirección, número de teléfono, número del Seguro Social, etc.).
- Información sobre administración de casos y administración de la utilización médica (CM/MM, por sus siglas en inglés respectivamente).
- Otra información (*describir*): _____

Tipo de información solicitada:

- Solicito la información marcada anteriormente con respecto a mis beneficios médicos de CareAllies.
- Solicito la información marcada anteriormente con respecto a mis beneficios de Evernorth Behavioral Health.
(Asegúrese de tener cobertura a través de Evernorth Behavioral Health antes de solicitar esta información).
- Solicito la información marcada anteriormente con respecto a mis beneficios de Cigna Dental.
(Asegúrese de tener cobertura a través de Cigna Dental antes de solicitar esta información).

La mayoría de la información es mantenida durante un período de 24 meses, y la información suministrada cubrirá dicho período. No será posible suministrar información que cubra un período mayor. Es posible que exista otra PHI creada o mantenida por el plan de salud del empleador/colectivo del Suscriptor, y/o sus socios comerciales, y no incluida en esta respuesta para obtener acceso. Comuníquese con el empleador para obtener información adicional.



Tenga en cuenta que

- Si la información suministrada en este formulario no está completa, CareAllies le devolverá el formulario, y esta solicitud no será tenida en cuenta hasta tanto CareAllies reciba la información completa.
- Es posible que no tenga derecho a recibir la totalidad de su PHI, y no recibirá información como notas de psicoterapia, o información recopilada cuando se prevea razonablemente que se iniciará una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, o para usarla en dicha acción o procedimiento.

Firma

He leído y comprendo la información incluida más arriba:

Fecha: _____

Firma del Miembro/Participante, padre/tutor, Representante personal si está disponible: _____

Relación si quien firmó no es el Miembro/Participante: _____

Tenga en cuenta que, si no lo suministró aún, le pediremos un comprobante para verificar la competencia del Representante personal antes de que esta solicitud se considere completa.

Si la solicitud es realizada por un padre/tutor, complete lo siguiente: El Miembro/Participante es un menor de _____ años. Si está realizando esta solicitud en nombre de un menor de edad, es posible que pidamos información adicional antes de que esta solicitud se considere completa.

Envíe este formulario completado a:

CareAllies • PRIVACY OFFICE HIPAA UNIT • PO Box 188014 • Chattanooga TN 37422

Fax: 877.815.4827 u 859.410.2419



"CareAllies" es una marca de servicio registrada de Cigna Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen Cigna Corporation y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios son brindados exclusivamente por dichas subsidiarias operativas y no por Cigna Corporation. Dichas subsidiarias operativas incluyen a International Rehabilitation Associates, Inc. (Intracorp), Evernorth Care Solutions Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc. y vielife Limited. Los modelos se usan con fines ilustrativos únicamente.

© 2021 Cigna.