



Solicitud de Comunicaciones confidenciales

ESTE FORMULARIO ME PERMITIRÁ, COMO ASOCIADO DE CIGNA HEALTHCARE^{®*}, SOLICITAR RECIBIR COMUNICACIONES DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD PROTEGIDA (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) SOBRE MÍ POR MEDIOS ALTERNATIVOS O EN LUGARES ALTERNATIVOS.

Si se solicita un lugar alternativo, entiendo que la correspondencia seguirá estando dirigida a mí, pero se enviará a la dirección que indique a continuación. Entiendo que toda la correspondencia para Asociados dirigida a mí se enviará a esta dirección alternativa, contenga o no información confidencial sobre mí. Entiendo que esta solicitud podrá ser rechazada si no se puede satisfacer desde un punto de vista razonable.

Nota: Si su solicitud es aprobada, sólo afectará las comunicaciones escritas y orales enviadas por CIGNA HealthCare. Si desea que su empleador, su plan de salud colectivo, su médico o cualquier otra persona ajena a CIGNA HealthCare también efectúen este cambio, deberá obtener su conformidad por separado.

VERIFICACIÓN – (Utilice letra de molde)

Identificación del Asociado: (La siguiente información es necesaria para verificar la identidad. Complete todos los datos que correspondan).

Nombre del Asociado: _____ 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 tarjeta de identificación del Asociado (si corresponde): _____

N.º de grupo o cuenta que figura en la tarjeta de identificación: _____

Nombre del Suscriptor (si difiere del Asociado): _____

Relación del Suscriptor con el Asociado: _____ Nombre del empleador del Suscriptor: _____

N.º del Seguro Social del Suscriptor (si difiere del Asociado) (Opcional): _____

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

Nombre del otro empleador: _____

N.º de tarjeta de identificación del Asociado: _____

N.º de grupo o cuenta que figura en la tarjeta de identificación: _____

¿Esta solicitud se aplica a toda la cobertura? Sí No

SOLICITUD

1. Solicito recibir las comunicaciones de mi PHI enviadas por CIGNA HealthCare:

Por medios alternativos o en un lugar alternativo (describa y suministre la dirección): _____

Motivo por el cual se necesita el medio o el lugar alternativo: _____

2. Solicitud de restricción: (Marque el casillero a continuación para indicar que solicita esta restricción).

Deseo denegar el acceso a mi PHI por teléfono e Internet a los otros miembros de la familia cubiertos en virtud de mi póliza. Si usted elige esta opción y no es el Suscriptor, no podrá acceder a su información por Internet. Deberá llamar al número que figura en su tarjeta de identificación o en la tarjeta de identificación del Suscriptor para obtener información por teléfono. (El Suscriptor sí podrá obtener su propia PHI por teléfono y por Internet).

CIGNA HealthCare no divulgará información confidencial sin su autorización, a menos que sea necesario para brindarle sus beneficios de salud, administrar su plan de beneficios, brindar apoyo a los programas o servicios de CIGNA HealthCare, o si es exigido o permitido por ley. No le suministraremos, por ejemplo, su información confidencial a una agencia de calificación crediticia, un asesor de telemarketing o un posible empleador. No venderemos, alquilaremos ni otorgaremos bajo licencia la información confidencial que usted nos proporcione. No es necesario que solicite una restricción si le preocupan esos usos y divulgaciones.

Complete el formulario en la página siguiente ➔

PREGUNTAS DE VERIFICACIÓN (Para la Solicitud N.º 2 únicamente).

Las respuestas que brinde serán usadas para verificar su identidad si llama para acceder a su PHI. Debe responder estas preguntas si marcó el casillero #2 en la sección Solicitud precedente. Tenga en cuenta que formulamos estas preguntas porque debería resultarle fácil recordar las respuestas, pero puede ingresar otros números según se explica a continuación.

Número de identificación personal (PIN) de 4 dígitos (puede usar cualquier número de cuatro dígitos): _____

Fecha de nacimiento de su mamá: (responda en el siguiente formato de 8 dígitos: 11231949 para el 23 de noviembre de 1949) _____

Puede usar cualquier fecha; no obstante, no puede ser una fecha futura y debe ser una fecha calendario legítima.

Por ejemplo, no podemos aceptar 11361949 (36 de noviembre de 1949) porque noviembre no tiene 36 días. Tampoco podemos aceptar 11232015 (23 de noviembre de 2015) porque 2015 es una fecha futura.

- NO le proporcione a ninguna otra persona las respuestas a estas preguntas.
- Conserve una copia de este formulario como referencia.

TENGA EN CUENTA QUE

- *Si usted no es el Suscriptor, cualquier pago con cheque por los servicios que reciba que no se envíe al proveedor de atención médica se enviará al Suscriptor. Por lo tanto, es posible que el Suscriptor reciba un cheque que puede contener preguntas dirigidas a usted sobre los servicios prestados.*
- *Si el Suscriptor está inscrito en una Cuenta de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés), un Acuerdo de reembolso de salud (HRA, por sus siglas en inglés) o una Cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés), también recibirá una Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) por cualquier reclamo enviado para recibir un reembolso. En muchos casos, los reclamos enviados para recibir un pago del plan de beneficios de salud del Suscriptor se enviarán automáticamente a su FSA o HSA para recibir el reembolso.*
- *Las comunicaciones que contengan su PHI se enviarán a la dirección indicada en este formulario.*
- *Si se aprueba una dirección alternativa, es posible que aparezca en la correspondencia sobre usted que CIGNA HealthCare envía a otras personas, como su proveedor.*
- *Si la información suministrada en este formulario no está completa, CIGNA HealthCare le devolverá el formulario, y es posible que esta solicitud no sea tenida en cuenta hasta tanto CIGNA HealthCare reciba información completa.*
- *Si se modifica su identificación de Asociado o la fecha de nacimiento, será necesario que complete otro formulario en ese momento.*
- *Si el Asociado o Grupo se cambia a un tipo de cobertura de beneficios de atención médica diferente brindada por CIGNA HealthCare, será necesario que complete otro formulario en ese momento.*
- *Podrá modificar o revocar esta solicitud enviando una solicitud por escrito a CIGNA HealthCare, Central HIPAA Unit, a la dirección que figura en la página 3. Podrá obtener un formulario de Cambio/Revocación llamando a Servicio al cliente de CIGNA HealthCare al número que figura en su tarjeta de identificación de CIGNA HealthCare.*

Complete el formulario en la página siguiente ➡

FIRMA Y LEGALIZACIÓN

Para proteger su privacidad y ayudarlo a asegurarse de que ninguna otra persona esté solicitando acceso a su PHI, esta solicitud debe ser legalizada.
(Muchas veces los servicios de legalización son ofrecidos sin cargo por el banco donde tiene cuenta).

He leído y comprendo la información incluida más arriba: _____ Fecha: _____

Firma del Asociado, padre/tutor, Representante personal: _____

Relación si quien firmó no es el Asociado: _____

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 el Asociado no puede prestar su consentimiento debido a su edad, complete lo siguiente: El Asociado es un menor de _____ años de edad.

Si está realizando esta solicitud en nombre de un menor de edad, es posible que le pidamos información adicional antes de que esta solicitud se considere completa.

State of _____)

) ss.

County of _____)

On this the _____ day of _____, 20____, before me, _____ (Notary Public), the undersigned officer, personally appeared _____ (member or legal rep. name), known to me (or satisfactorily proven) to be the person whose name is subscribed to the within instrument and acknowledges that (s)he executed the same for the purposes therein contained.

In witness whereof I hereunto set my hand.

Notary Public

My Commission expires: _____

"CIGNA", "CIGNA HealthCare" y el logo "Tree of Life" son marcas de servicio registradas 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 Connecticut General Life Insurance Company, CIGNA Health and Life Insurance Company, CIGNA Behavioral Health, Inc., CIGNA Health Management, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de CIGNA Health Corporation y CIGNA Dental Health, Inc.

Envíe este formulario completado a:

CIGNA HEALTHCARE • CENTRAL HIPAA UNIT • PO Box 188014 • Chattanooga TN 37422