



# Solicitud de acceso a Información sobre la salud protegida

ESTE FORMULARIO ME PERMITIRÁ, COMO ASOCIADO DE CIGNA HEALTHCARE<sup>®\*</sup>, SOLICITAR ACCESO A INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD PROTEGIDA (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) SOBRE MÍ, MANTENIDA POR CIGNA HEALTHCARE, Y QUE CIGNA HEALTHCARE HAYA CREADO O RECIBIDO DURANTE LA VIGENCIA DE MI COBERTURA EN VIRTUD DEL PLAN IDENTIFICADO A CONTINUACIÓN.

## VERIFICACIÓN – (Utilice letra de molde)

**Identificación del Asociado que solicita la PHI:** (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: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD

Dirección a la que CIGNA HealthCare enviará la información solicitada:

### Información solicitada de los registros mantenidos por CIGNA HealthCare

- 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 Servicio al cliente al número gratuito que figura en la tarjeta de identificación de CIGNA HealthCare).*
- Información sobre inscripción o requisitos que se deben cumplir que CIGNA HealthCare haya recibido del empleador del Suscriptor o del Suscriptor/Asociado.  
*(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 CIGNA HealthCare.
- Solicito la información marcada anteriormente con respecto a mis beneficios de CIGNA Behavioral Health.  
*(Asegúrese de tener cobertura a través de CIGNA 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. Es posible que exista otra PHI creada o mantenida por el empleador/plan de salud 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.**

Complete el formulario en la página siguiente ➡

