



# Manifestación de desacuerdo/Solicitud para que se envíe el rechazo de la solicitud de modificación

ESTE FORMULARIO ME PERMITIRÁ PROPORCIONAR UNA MANIFESTACIÓN DE DESACUERDO AL RECHAZO DE CIGNA HEALTHCARE®\* DE MI SOLICITUD PARA MODIFICAR MI INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD PROTEGIDA (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) QUE MANTIENE CIGNA HEALTHCARE. ENTIENDO QUE SI NO DESEO ENVIAR UNA MANIFESTACIÓN DE DESACUERDO POR ESCRITO, PODRÉ SOLICITAR QUE SE ENVÍE EL RECHAZO DE MI SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE CIGNA HEALTHCARE.

TENGA EN CUENTA QUE: Si completa este formulario y el plan de salud colectivo de su empleador o del empleador del Suscriptor recibe informes que contienen su PHI cuestionada, debemos por ley enviarle a su empleador o al empleador del Suscriptor su solicitud de modificación de la PHI, el rechazo de CIGNA HealthCare, este formulario, incluida cualquier Manifestación de desacuerdo, y cualquier refutación de CIGNA HealthCare.

## 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: \_\_\_\_\_

- El hecho de que envíe este formulario no implica que se modificará su información.
- Si CIGNA HealthCare no fue la autora de la información que solicita modificar, deberá comunicarse directamente con el autor de dicha información para modificarla. Por ejemplo, esto podría aplicarse a su diagnóstico, la fecha del servicio o el tratamiento que recibió. Si el proveedor acepta modificar su información y notifica a CIGNA HealthCare, cambiaremos la información en nuestros registros. En ese caso, no sería necesario enviar este formulario.

Solicitud de modificación de PHI rechazada, que es objeto de su manifestación de desacuerdo: \_\_\_\_\_

Fecha de la PHI cuestionada, si corresponde: \_\_\_\_\_

## MANIFESTACIÓN DE DESACUERDO (Complete esta sección si desea enviar una Manifestación de desacuerdo)

Describa por qué no está de acuerdo con el rechazo de la solicitud de modificación de la PHI (continúe en otra hoja de ser necesario): \_\_\_\_\_

---



---



---

CIGNA HealthCare enviará su solicitud de modificación de su PHI, el rechazo de CIGNA HealthCare, este formulario, incluida cualquier Manifestación de desacuerdo, y cualquier refutación de CIGNA HealthCare, cuando envíe correspondencia que contenga la información cuestionada. No enviaremos esta información con la correspondencia que le enviemos a usted o al Suscriptor.

- Si no desea enviar una Manifestación de desacuerdo, pero desea que su solicitud de modificación de la PHI y el rechazo de CIGNA HealthCare sean enviados cuando CIGNA HealthCare envíe correspondencia que contenga la información cuestionada, marque el casillero a la izquierda.

Complete el formulario en la página siguiente ➡

## TENGA EN CUENTA QUE

- Si la información suministrada en este formulario no está completa, CIGNA HealthCare le devolverá el formulario, y esta solicitud no será tenida en cuenta hasta tanto CIGNA HealthCare haya recibido 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 a continuación. 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.

## FIRMA

He leído y comprendo la información incluida más arriba:

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Asociado, o del padre/tutor, si corresponde: \_\_\_\_\_

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.

"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**