



Solicitud de rendición de cuentas

AL COMPLETAR Y ENVIAR ESTE FORMULARIO, SOLICITO UNA RENDICIÓN DE CUENTAS DE MI INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD PROTEGIDA (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS).

Entiendo que dicha rendición de cuentas se limitará a las divulgaciones que no se realizaron en relación con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, y para las cuales no brindé una autorización por escrito. Sé que la mayoría de las divulgaciones de PHI están relacionadas con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. La rendición de cuentas no incluirá información divulgada seis años antes de la fecha en que se solicite.

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 empleador del Suscriptor: _____

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

SOLICITUD

Solicito información sobre las divulgaciones del siguiente tipo de información:

- Atención médica
- Atención dental
- Atención de salud mental/salud del comportamiento (Asegúrese de tener cobertura a través de CIGNA Behavioral Health antes de solicitar esta información).

Enviar a la siguiente dirección: _____

TENGA EN CUENTA QUE

- La rendición de cuentas no incluirá períodos anteriores al 14 de abril de 2003.
- Se proporcionará una rendición de cuentas cada 12 meses sin cargo; CIGNA HealthCare® podrá cobrar las rendiciones de cuenta adicionales.
- Esta rendición de cuentas de su **información protegida incluye únicamente divulgaciones efectuadas por CIGNA HealthCare** y sus afiliadas. No incluye divulgaciones que puedan haber sido efectuadas por el empleador/plan de salud colectivo del suscriptor, sus asociados comerciales, u otras aseguradoras del plan de salud colectivo que puedan administrar sus beneficios de atención médica. Comuníquese con su empleador o con dichas entidades para obtener información adicional.
- Entiendo que si la información suministrada en este formulario no está completa, CIGNA HealthCare me devolverá el formulario, y esta solicitud no será tomada en cuenta hasta tanto CIGNA HealthCare haya recibido información completa.
- Si se modifica cualquier información de inscripción, como el Número del Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés), la identificación de Miembro 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.

FIRMA

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

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

Relación si la persona que 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 la solicitud es realizada por un padre/tutor, 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.

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

"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 • PRIVACY OFFICE • PO Box 188014 • Chattanooga TN 37422