

SOLICITUD DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES Y SOLICITUD DE RESTRICCIONES

Este formulario me permitirá, como miembro/participante de Cigna, incluida Cigna Behavioral Health, solicitar recibir comunicaciones de Información sobre la salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sobre mí por medios alternativos o en lugares alternativos, y solicitar una restricción sobre el uso y la divulgación de mi PHI.

1. Verificación – (Utilice letra de molde)

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

Nombre del Cliente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección registrada (obligatoria): _____

Número de teléfono en el que podemos encontrarle si necesitamos comunicarnos con usted para procesar su solicitud (obligatorio): _____

Últimos 4 dígitos del n.º del Seguro Social (opcional): _____

N.º de tarjeta de ID del Cliente (si corresponde): _____

N.º de grupo o cuenta que aparece en la tarjeta de ID: _____

Nombre del Suscriptor (si difiere del Cliente): _____

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 ID del Miembro/Participante: _____

N.º de grupo o cuenta que aparece en la tarjeta de ID: _____

2. Solicitud de comunicaciones confidenciales

Solicito recibir las comunicaciones de mi PHI enviadas por Cigna:

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

Soy residente de Vermont y solicito recibir mis comunicaciones confidenciales en la siguiente dirección:

The Vermont Center for Crime Victim Services (VCCVS)
58 S. Main Street, Waterbury, VT 05676-1599

Llame al número que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de ID si tiene alguna pregunta o si desea cambiar sus preferencias con respecto a las comunicaciones confidenciales. Si perdió su tarjeta de ID, llame:

Blue Cross and Blue Shield of Vermont: 1-800-247-2583
Cigna: 1-800-244-6224
MVP Health Care: 1-888-687-6277

3. Solicitud de restricciones (complete solamente si necesita una restricción)

Describa su solicitud:

Indique a continuación si desea que se aplique la siguiente restricción de acceso:

- 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 aparece en su tarjeta de ID o en la tarjeta de ID del Suscriptor para obtener información por teléfono. (El Suscriptor sí podrá obtener su propia PHI por teléfono y por Internet). Importante: si desea implementar este tipo de restricción, debe completar la sección de las preguntas de verificación en la página 2.
- No quiero que Cigna comparta información sobre los servicios que recibo de un profesional o centro de cuidado de la salud (HCP/HCF, por sus siglas en inglés) con otro HCP o HCF a los fines de participar en un convenio de atención en colaboración de Cigna.
Para obtener información sobre la atención en colaboración, puede comunicarse con Servicio al Cliente de Cigna.

Preguntas de verificación – (Esta sección se aplica únicamente a las solicitudes de restricciones de acceso).

Las respuestas que brinde a continuación serán usadas para verificar su identidad si llama para acceder a su información sobre la salud protegida. 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 ID 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 11232030 (23 de noviembre de 2030) porque 2030 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 servicios de salud 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.
- Las comunicaciones que contengan su PHI se enviarán a la dirección indicada en este formulario.
- Si la información suministrada en este formulario no está completa, Cigna le devolverá el formulario, y es posible que esta solicitud no se tenga en cuenta hasta tanto Cigna reciba información completa.
- Si el Cliente o grupo se cambia a un tipo de cobertura de beneficios de cuidado de la salud diferente brindada por Cigna, será necesario que complete otro formulario en ese momento.
- Podrá modificar o revocar esta solicitud enviando una solicitud por escrito a Cigna, Central HIPAA Unit, a la dirección que aparece al final de este formulario. Si desea cambiar o revocar esta solicitud, debe proporcionar la dirección actualizada que desea usar de aquí en adelante.

4. Firma

He leído y comprendo la información incluida más arriba: (Nombre en letra de molde) _____ Fecha: _____

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

Relación si quien firmó no es el Cliente: _____

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, incluida una copia del poder notarial para la atención médica u otro documento relevante.

Si el Cliente no puede prestar su consentimiento debido a su edad, complete lo siguiente: El Cliente 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:

Por fax al: 877.815.4827 u 859.410.2419

O

Por correo a: Cigna HEALTHCARE CENTRAL HIPAA UNIT
PO Box 188014
Chattanooga, TN 37422

Contigo paso a paso.®

