

# 申請取得保密通訊和限制申請

我是 Cigna (包括 Cigna Behavioral Health) 的會員 / 計畫參加者，可使用本表格申請以其他方式或在其他地點接收有關於我的受保護健康資訊 (PHI) 之通訊以及申請限制使用和公開我的 PHI。

## 1. 身分驗證 - (請工整填寫)

客戶的身分資訊：(以下資訊為身分驗證所需。請填寫所有適用項目。)

客戶姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

紀錄中的地址 (必填)：\_\_\_\_\_

電話號碼，以便我們在處理您的申請時若有必要可與您聯絡 (必填)：\_\_\_\_\_

社會安全號碼末 4 碼 (非必填)：\_\_\_\_\_ 客戶會員卡號碼 (若適用)：\_\_\_\_\_

會員卡上的團體號碼或帳戶號碼：\_\_\_\_\_

投保人姓名 (如非客戶本人)：\_\_\_\_\_

除上述承保之外，如果您還有 Cigna 的其他承保，也請填妥下列資訊：

其他雇主姓名 / 名稱：\_\_\_\_\_

會員 / 計畫參加者的會員卡號碼：\_\_\_\_\_ 會員卡上的團體號碼或帳戶號碼：\_\_\_\_\_

## 2. 保密通訊申請

對於 Cigna 寄送給我的 PHI 通訊，我的要求如下：

以其他方式或在其他地點收件 (請說明並提供地址)：\_\_\_\_\_

我是 Vermont 居民，並且要求在以下地址接收我的保密通訊：

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

如有任何疑問或希望變更您的保密通訊偏好，請撥打您會員卡背面的號碼。如果您遺失了您的會員卡，請撥打：

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

## 3. 限制申請 (僅在申請限制時才須填寫)

請說明您的申請：

-----  
-----

## 請在下方說明您是否希望設定以下取得限制：

- 我希望拒絕我保單的其他受保家人透過電話和網路取得我的 PHI。若您勾選此項，但您並非投保人，您就無法於網路上取得您的資訊。您必需撥打您或投保人會員卡上的號碼，才能透過電話取得資訊。(投保人仍可透過電話及網路取得其本身的 PHI。)重要：如果您希望執行此類型的限制，您必須填妥第 2 頁的身分驗證問題部分。
- 我不希望 Cigna 將我向某一健康照護專業人員或機構 (HCP/HCF) 取得服務的相關資訊與另一 HCP 或 HCF 分享，供安排參加 Cigna 協同照護之用。  
如需更多有關協同照護的資訊，請聯絡 Cigna 客戶服務部。

## 身分驗證問題 - (本部分僅在要求對資訊取得設限時適用。)

您在下面提供的答案會在您來電取得您的受保護健康資訊時用來驗證您的身分。請注意，我們問這些問題是因為您應該很容易便可記得答案，不過您仍可輸入其他數字，請見以下說明。

4 位數個人密碼 (您可以使用任何四位數字)：\_\_\_\_\_

您母親的出生日期：(請以下列 8 位數字格式回答：例如 11231949 代表 1949 年 11 月 23 日)\_\_\_\_\_您可以使用任何日期，但不能是未來日期，而且一定要是實際存在的曆日。

例如，我們不能接受 11361949 (1949 年 11 月 36 日)，因為 11 月沒有 36 日。我們也不能接受 11232030 (2030 年 11 月 23 日)，因為 2030 年是未來的日期。

- 請不要向任何他人提供這些問題的答案。
- 您應保存一份本表格以供參考。

## 請注意

- 若您並非投保人，您所接受服務的支票給付如果不是寄給健康服務提供者，就會寄給投保人。因此，投保人可能會收到一張支票，其中可能會詢問您關於所提供服務的問題。
- 包含您的 PHI 的通訊會寄到您在本表格中提供的地址。
- 如果本表格中的資訊不完整，Cigna 就會將表格退回給您，而且要等 Cigna 收到完整的資訊時才會審查本申請。
- 如果客戶或團體改投保 Cigna 提供的另一種健康照護福利承保，便須填寫另一份表格。
- 您可將書面申請寄至本表格末尾的地址給 Cigna 的中央健康保險可攜性及問責性法案 (HIPAA) 組，即可變更或撤銷本申請。如果您希望變更或撤銷本申請，您就必須提供您希望以後使用的新地址。

## 4. 簽名

我已經閱讀並瞭解以上資訊：(請工整填寫姓名)\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_\_

客戶、父母 / 監護人、個人代表 (若有) 簽名：\_\_\_\_\_

若非客戶本人簽名，請說明關係：\_\_\_\_\_

**請注意，若尚未提供個人代表的權限驗證文件，我們必須先驗證相關權限 (包括提供健康照護授權書或其他相關文件的副本)，您才算完成申請。**

若因年齡規定而無法表示同意，請填寫下列資訊：客戶是 \_\_\_\_\_ 歲的未成年人。如果您是代表未成年子女提出申請，我們可能會要求提供額外資訊，您才算完成申請。

填妥本表格後請寄回至：

傳真至：877.815.4827 或 859.410.2419

或

郵寄至： Cigna HEALTHCARE CENTRAL HIPAA UNIT  
PO Box 188014  
Chattanooga, TN 37422

**Together, all the way.®**

