

Request to Amend Protected Health Information/ Solicitud para modificar Información sobre la salud protegida

This form will allow me to request an amendment of my Protected Health Information (PHI) that Cigna-HealthSpring maintains.

Este formulario me permitirá solicitar una modificación a mi Información sobre la salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que mantiene Cigna-HealthSpring.

VERIFICATION/VERIFICACIÓN – (Please print/Utilice letra de molde)

Identification of customer/Identificación del afiliado:

(The following information is needed for verification. Please complete all applicable items./La siguiente información se necesita para verificar la identidad. Complete todos los datos que correspondan.)

Name of customer/
Nombre del afiliado: _____ Date of birth/
Fecha de nacimiento: _____

Phone number where we can reach you if we need
to contact you to process your request (required)/
Número de teléfono en el que podemos encontrarle
si necesitamos comunicarnos con usted para
procesar su solicitud (obligatorio): _____

Address/
Dirección: _____

Medicare
ID #/N.º de
identificación
de Medicare: _____ Customer ID card # (if applicable)/
N.º de tarjeta de identificación
del afiliado (si corresponde): _____

Please Complete Other Side/Por favor, complete del otro lado

INFORMATION REQUESTED TO BE AMENDED
INFORMACIÓN QUE SOLICITA MODIFICAR

If Cigna-HealthSpring was not the originator of the information you are requesting to amend, you should contact the originator directly to amend the information. If the originator consents to amend your information and notifies Cigna-HealthSpring, we will change the information in our records. In that case, it would not be necessary to submit this form.

Si Cigna-HealthSpring no fue la autora de la información que solicita modificar, deberá comunicarse directamente con el autor de dicha información para modificarla. Si el autor de dicha información acepta modificar su información y notifica a Cigna-HealthSpring, cambiaremos la información en nuestros registros. En ese caso, no sería necesario enviar este formulario.

If Cigna-HealthSpring approves your request to amend, the amended information will be used and included in all future disclosures, including correspondence. We will provide the amendment to persons who previously received the information if we believe they have relied or will rely on that information to your detriment. Also, we will provide the amendment to individuals/organizations you identify below.

Si Cigna-HealthSpring aprueba su solicitud de modificación, la información modificada se usará e incluirá en todas las divulgaciones futuras, incluida la correspondencia. Les suministraremos la modificación a las personas que anteriormente hayan recibido la información si creemos que se basaron o se basarán en esa información en perjuicio suyo. Además, les suministraremos la modificación a las personas físicas o jurídicas que designe a continuación.

Names/addresses of individuals/organizations to whom you request amended information be sent, if request is approved/Nombres/direcciones de las personas físicas o jurídicas a quienes solicita que se envíe la información modificada, si la solicitud es aprobada:

Describe the Protected Health Information (PHI) you would like amended/
Describe la Información sobre la salud protegida (PHI) que desea que se modifique:

Specify change/amendment requested/
Especifique el cambio/la modificación solicitada:

Date(s) of service associated with the PHI, if applicable/
Fecha(s) del servicio asociado con la PHI, si corresponde:

Reason for requested amendment/
Motivo de la modificación solicitada:

Please Complete Other Side/Por favor, complete del otro lado

PLEASE NOTE/TENGA EN CUENTA QUE

- This amendment of your protected health information only includes information that Cigna-HealthSpring maintains. Esta modificación de su información sobre la salud protegida solo incluye información que mantiene Cigna-HealthSpring.
- Your request may be denied. If it is denied, you will be notified in writing within 60 days. The denial will include instructions on how you can submit a written statement disagreeing with the denial. Es posible que su solicitud se rechace. Si se rechaza, se le notificará por escrito dentro de los 60 días. La notificación de rechazo incluirá instrucciones sobre cómo puede enviar una declaración escrita para manifestar su desacuerdo con el rechazo.
- If the information on this form is not complete, Cigna-HealthSpring will return the form to you, and this request will not be considered until Cigna-HealthSpring has received complete information. Si la información suministrada en este formulario no está completa, Cigna-HealthSpring le devolverá el formulario y esta solicitud no será tenida en cuenta hasta tanto Cigna-HealthSpring haya recibido la información completa.

SIGNATURE/FIRMA

I have read and understand the above information./ Date/
He leído y comprendo la información incluida más arriba. Fecha: _____

Signature of customer, parent/guardian, other person legally authorized to act on behalf of the customer/
Firma del afiliado, padre/tutor u otra persona autorizada legalmente a actuar en nombre del afiliado:

Relationship if signed by other than customer/
Parentesco si quien firmó no es el afiliado: _____

Note that, if not already provided, we will require verification of the authority of another person to act on behalf of the Member before this request will be considered complete./ Tenga en cuenta que, si no lo suministró aún, le pediremos un comprobante para verificar la competencia de la otra persona para actuar en nombre del Miembro antes de que esta solicitud se considere completa.

If customer is unable to give consent because of age, complete the following: Customer is a minor _____ years of age. If you are making this request on behalf of a minor child, we may require additional information before this request is considered complete./ Si el afiliado no puede prestar su consentimiento debido a su edad, complete lo siguiente: El afiliado es un menor de _____ años. Si está realizando esta solicitud en nombre de un menor de edad, es posible que exijamos información adicional antes de que esta solicitud se considere completa.

COMPLETED FORM MAILING ADDRESSES DIRECCIONES POSTALES PARA EL FORMULARIO COMPLETADO

Please send your completed form to your plan's corresponding address below:
Envíe su formulario completado a la dirección correspondiente de su plan:

Arizona – Medicare Advantage Plan

Cigna Central HIPAA Unit
PO Box 188014
Chattanooga, TN 37422

1-800-627-7534 (TTY 711)
8 am - 8 pm, 7 days a week/
De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días
de la semana

Cigna-HealthSpring Rx (PDP) Plan

Cigna Medicare Services
PO Box 269005
Weston, FL 33326-9927

1-800-222-6700 (TTY 711)
8 am - 8 pm, 7 days a week/
De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días
de la semana

Cigna-HealthSpring Medicare Advantage Plan

Cigna-HealthSpring
Membership Admin. Services
P.O. Box 20002
Nashville, TN 37202

1-800-668-3813 (TTY 711)
8 am - 8 pm, 7 days a week/
De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días
de la semana

Please maintain a copy of this form for your records.

Asegúrese de conservar una copia de este formulario para sus registros.

All Cigna products and services are provided exclusively by or through operating subsidiaries of Cigna Corporation, including Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Tennessee, Inc., HealthSpring of Alabama, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc., and Bravo Health Pennsylvania, Inc. The Cigna name, logos, and other Cigna marks are owned by Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna-HealthSpring is contracted with Medicare for PDP plans, HMO and PPO plans in select states, and with select State Medicaid programs. Enrollment in Cigna-HealthSpring depends on contract renewal./ Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, lo cual incluye a Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Tennessee, Inc., HealthSpring of Alabama, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc. y Bravo Health Pennsylvania, Inc. El nombre de Cigna, los logotipos y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación del contrato.