

# Request for Accounting of Protected Health Information Disclosures/Solicitud de historial de divulgaciones de información sobre la salud protegida

By completing and submitting this form, I understand that such accounting will be limited to certain disclosures made in the six years prior to the date of this form that were not for the purposes of treatment, payment or health plan operations and for which my verbal or written agreement was not required.

Al completar y enviar este formulario, entiendo que el historial se limitará a determinadas divulgaciones efectuadas dentro de los seis años anteriores a la fecha de este formulario, que no estén relacionadas con tratamientos, pagos ni operaciones del plan de salud, y para las cuales no se exigía mi consentimiento verbal o escrito.

## 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

## PLEASE NOTE/TENGA EN CUENTA QUE

- One accounting per 12-month period is provided free; Cigna-HealthSpring may charge for any additional accounting.  
Se proporcionará un historial por período de 12 meses sin cargo; Cigna-HealthSpring podrá cobrar los historiales adicionales.
- This accounting of your protected health information only includes disclosures made by Cigna-HealthSpring and its affiliates.  
Este historial de su información sobre la salud protegida incluye únicamente las divulgaciones efectuadas por Cigna-HealthSpring y sus afiliadas.
- I understand that if the information on this form is not complete Cigna-HealthSpring will return the form to me, and this request will not be considered until complete information is received.  
Entiendo que si la información suministrada en este formulario no está completa, Cigna-HealthSpring me devolverá el formulario y esta solicitud no será tenida en cuenta hasta tanto Cigna-HealthSpring haya recibido la información completa.

If any enrollment information such as Social Security Number (SSN), customer ID or date of birth is changed, another form will need to be completed at that time.

Si se modifica alguna información de la inscripción, como el Número del Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés), la identificación del afiliado o la fecha de nacimiento, será necesario que complete otro formulario en ese momento.

### 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 customer 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 afiliado 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.

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

Page/Página 2 of/de 3

**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

<b>Arizona – Medicare Advantage Plan</b>	<b>Cigna-HealthSpring Rx (PDP) Plan</b>	<b>Cigna-HealthSpring Medicare Advantage Plan</b>
Cigna Central HIPAA Unit PO Box 188014 Chattanooga, TN 37422	Cigna Medicare Services PO Box 269005 Weston, FL 33326-9927	Cigna-HealthSpring Membership Admin. Services P.O. Box 20002 Nashville, TN 37202
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	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	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.