



REQUEST FOR ACCESS TO HEALTH CARE INFORMATION

SOLICITUD DE ACCESO A INFORMACIÓN SOBRE CUIDADO DE LA SALUD

This form will allow me, as a Cigna customer to request access to Protected Health Information (PHI) about me that Cigna maintains, that was created or received by Cigna during my membership in the program, and that is used to make decisions about my benefits.

Este formulario me permitirá a mí, como afiliado de Cigna, solicitar acceso a Información sobre la salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sobre mí, mantenida por Cigna, y que Cigna haya creado o recibido mientras era miembro del programa, y que se use para tomar decisiones sobre mis beneficios.

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

Identification of customer requesting PHI/Identificación del afiliado que solicita la PHI:

(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):

REQUEST/SOLICITUD

Information requested from records maintained by Cigna.

Información solicitada de los registros mantenidos por Cigna.

Medical records/Registros médicos Billing records/Registros de facturación

Adjudicated (processed) claims: This is a summary of claims paid or denied. (This does not include information on claims received but not yet processed – if you would like the status of those claims you may call Customer Service at the toll-free number listed on your Cigna ID card.)

Reclamos adjudicados (procesados): Este es un resumen de los reclamos pagados o rechazados.

(No incluye información sobre reclamos recibidos, pero aún no procesados. Si desea conocer el estado de esos reclamos, puede llamar a Servicio al Cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de Cigna).

Enrollment or eligibility information that Cigna has received from the customer. (This includes information such as name, address, phone number, Medicare ID number, etc.)

Información sobre inscripción o sobre requisitos que se deben cumplir que Cigna haya recibido del afiliado. (Esto incluye datos como su nombre, dirección, número de teléfono, número de identificación de Medicare, etc.).

Other information (please describe)/Otra información (describir) _____

Most information is maintained and will be provided for a 24 month period. It may not be possible to provide information beyond that period.

La mayor parte de la información es mantenida durante un período de 24 meses y la información suministrada cubrirá dicho período. No será posible suministrar información que cubra un período mayor.

PLEASE NOTE/TENGA EN CUENTA QUE

- If the information on this form is not complete, Cigna will return the form to you, and this request will not be considered until Cigna receives complete information.

Si la información suministrada en este formulario no está completa, Cigna le devolverá el formulario y esta solicitud no se tendrá en cuenta hasta tanto Cigna reciba la información completa.

- You may not be entitled to receive all of your PHI, and will not receive information such as psychotherapy notes or information compiled in reasonable anticipation of, or for use in, a civil, criminal or administrative action or proceeding.

Es posible que no tenga derecho a recibir la totalidad de su PHI, y no recibirá información como notas de psicoterapia, o información recopilada cuando se prevea razonablemente que se iniciará una acción o un procedimiento civil, penal o administrativo, o para usarla en dicha acción o procedimiento.

SIGNATURE/FIRMA

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

Date/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:
Si el afiliado no puede prestar su consentimiento debido a su edad, complete lo siguiente:

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.

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:

Cigna Medicare Advantage Plan

Cigna Medicare Prescription Drug Plan

Cigna Privacy Office
PO Box 188014
Chattanooga, TN 37422

Cigna
PO Box 269005
Weston, FL 33326-9927

**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., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, 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, incluyendo 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., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, 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 de contrato. © 2020 Cigna Some content may be provided under license 804339BL o 01/20 Page/Página 3 of/de 3