



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 the next page./Complete la página siguiente.

PLEASE NOTE/TENGA EN CUENTA QUE

- One accounting per 12-month period is provided free; Cigna may charge for any additional accounting.
Se proporcionará un historial por período de 12 meses sin cargo; Cigna podrá cobrar los historiales adicionales.

- This accounting of your protected health information only includes disclosures made by Cigna and its affiliates.

Este historial de su información sobre la salud protegida incluye únicamente las divulgaciones efectuadas por Cigna y sus afiliadas.

- I understand that if the information on this form is not complete Cigna 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 me devolverá el formulario y esta solicitud no será tenida en cuenta hasta tanto Cigna 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./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.

Please complete the next page./Complete la página siguiente.

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 Privacy Office
PO Box 188014
Chattanooga, TN 37422

Cigna Medicare Prescription Drug Plan

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.

804336rSP 03/20

Page/Página 3 of/de 3

INT_20_82791BL_C