

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 estaban relacionadas con tratamientos, pagos ni operaciones del plan de salud, y para las cuales no se exigió 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 other side. / Complete la página siguiente.

PLEASE NOTE / TENGA EN CUENTA QUE

- One accounting per 12-month period is provided free; Cigna HealthcareSM may charge for any additional accounting. / Se proporcionará un historial por período de 12 meses sin cargo; Cigna HealthcareSM podrá cobrar los historiales adicionales.
- This accounting of your protected health information only includes disclosures made by Cigna Healthcare and its affiliates. / Este historial de su información sobre la salud protegida incluye únicamente las divulgaciones efectuadas por Cigna Healthcare y sus afiliadas.
- I understand that if the information on this form is not complete Cigna Healthcare 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 Healthcare me devolverá el formulario y esta solicitud no será tenida en cuenta hasta tanto Cigna Healthcare 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 or person legally authorized to act on behalf of the customer / Firma del afiliado o de la persona legalmente autorizada 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 other side. / 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

Medicare Privacy Office
Cigna Healthcare
PO Box 24207
Nashville, TN 37202

Cigna Medicare Prescription Drug Plan

Cigna Healthcare
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.**

Cigna Healthcare products and services are provided exclusively by or through operating subsidiaries of The Cigna Group. The Cigna names, logos and marks, including THE CIGNA GROUP and CIGNA HEALTHCARE, are owned by Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna Healthcare is contracted with Medicare for PDP plans, HMO and PPO plans in select states, and with select State Medicaid programs. Enrollment in Cigna Healthcare depends on contract renewal. © 2024 Cigna Healthcare. Some content provided under license.

Los servicios y productos de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group. Los nombres, logotipos y marcas, que incluyen THE CIGNA GROUP y CIGNA HEALTHCARE, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna Healthcare tiene contrato con Medicare para planes PDP, HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna Healthcare depende de la renovación del contrato. © 2024 Cigna Healthcare. Parte del contenido se suministra bajo licencia.