

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 HealthcareSM maintains.

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

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.

INFORMATION REQUESTED TO BE AMENDED / INFORMACIÓN QUE SOLICITA MODIFICAR

If Cigna Healthcare 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 Healthcare, we will change the information in our records. In that case, it would not be necessary to submit this form.

Si Cigna Healthcare 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 Healthcare, cambiaremos la información en nuestros registros. En ese caso, no sería necesario enviar este formulario.

If Cigna Healthcare 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 Healthcare 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 PHI you would like amended /
Describe la PHI que desea que se modifique: _____

Specify change/amendment requested /
Especifique el cambio/la modificación que solicita: _____

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 NOTE / TENGA EN CUENTA QUE

- This amendment of your protected health information only includes information that Cigna Healthcare maintains. / Esta modificación de su información sobre la salud protegida solo incluye información que mantiene Cigna Healthcare.
- 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 Healthcare will return the form to you, and this request will not be considered until Cigna Healthcare has received complete information. / Si la información suministrada en este formulario no está completa, Cigna Healthcare le devolverá el formulario y esta solicitud no será tomada en cuenta hasta tanto Cigna Healthcare haya recibido la información completa.

Please complete the other side. / Complete la página siguiente.

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.

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.