

REQUEST FOR RESTRICTION OF USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION



SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD PROTEGIDA

This form will allow me, as a Cigna HealthcareSM customer, to request a Restriction of the Use and Disclosure of my Protected Health Information (PHI). I understand Cigna Healthcare will consider all requests for restrictions carefully; however, Cigna Healthcare is not required to agree to a requested restriction.

Este formulario me permitirá a mí, como afiliado de Cigna HealthcareSM, solicitar una restricción sobre el uso y la divulgación de mi Información sobre la salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Entiendo que Cigna Healthcare analizará cuidadosamente todas las solicitudes de restricciones; no obstante, Cigna Healthcare no está obligada a aceptar una restricción solicitada.

Note: If your request is granted, it will affect only written and oral communications by Cigna Healthcare. If you also wish another group health plan, physician or anyone outside of Cigna Healthcare to make this change, you must obtain their agreement separately.

Nota: Si su solicitud es aprobada, solo afectará las comunicaciones escritas y orales enviadas por Cigna Healthcare. Si desea que otro plan de salud colectivo, su médico o cualquier otra persona ajena a Cigna Healthcare también efectúen este cambio, deberá obtener su conformidad por separado.

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): _____

Current address on file / Dirección actual registrada: _____

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.

Cigna Healthcare will not disclose confidential information without your authorization unless it is necessary to provide your health benefits, administer your benefit plan, to support Cigna Healthcare programs or services, or as otherwise required or permitted by law. We will not, for example, give your confidential information to a credit agency, a telemarketer or a prospective employer. We will not sell, rent or license the confidential information you provide to us. You do not need to request a restriction if you are concerned about those uses and disclosures.

Cigna Healthcare no divulgará información confidencial sin su autorización, a menos que sea necesario para brindarle sus beneficios de salud, administrar su plan de beneficios, brindar apoyo a los programas o servicios de Cigna Healthcare, o si es exigido o permitido por ley. No le suministraremos, por ejemplo, su información confidencial a una agencia de calificación crediticia, un asesor de telemarketing o un posible empleador. No venderemos, alquilaremos ni otorgaremos bajo licencia la información confidencial que usted nos proporcione. No es necesario que solicite una restricción si le preocupan esos usos y divulgaciones.

REQUEST / RESTRICCIONES SOLICITADAS

Please describe your request / Describa su solicitud: _____

PLEASE NOTE / TENGA EN CUENTA QUE

- Communications, including communications containing PHI, will continue to be sent to the current address we have on file for you. / Las comunicaciones, incluso aquellas que contengan PHI, se seguirán enviando a la dirección que tenemos registrada actualmente.
- If any information on this form is not complete, Cigna Healthcare will return the form to you, and your restriction request will not be considered until Cigna Healthcare receives complete information. / Si la información suministrada en este formulario no está completa, Cigna Healthcare le devolverá el formulario y su solicitud de restricción no será tomada en cuenta hasta tanto Cigna Healthcare reciba la información completa.
- If your date of birth is changed in our system or your Cigna Healthcare ID changes, a new form must be completed at that time. / Si su fecha de nacimiento cambia en nuestro sistema o cambia su identificación de Cigna Healthcare, deberá completar un nuevo formulario en ese momento.
- You may change or revoke this restriction by sending a written request to Cigna Healthcare, at the address shown below. You can obtain a Change/Revoke form by calling Cigna Healthcare at the number on your Cigna Healthcare ID card. / Podrá modificar o revocar esta restricción enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare, a la dirección que figura a continuación. Podrá obtener un formulario de Cambio/Revocación llamando a Cigna Healthcare al número que figura en su tarjeta de identificación de Cigna Healthcare.

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.

If you are a parent or guardian requesting a restriction on a child that will prevent the child's other legal parent from accessing the child's Protected Health Information, you must / Si usted es un padre o tutor y desea solicitar una restricción con respecto a un hijo que le impedirá al otro padre del niño acceder a la Información sobre la salud protegida de ese niño, deberá:

1. Provide evidence that the parental rights of the other parent have been terminated, or / Proporcionar pruebas para demostrar que la patria potestad del otro padre se ha extinguido; o bien
2. Obtain the other parent's agreement to this restriction. If you obtain the other parent's agreement to this restriction, please have the other parent sign this form and notarize it, or send a statement signed and notarized by both parents indicating that both parents have agreed to place a restriction on the child's Protected Health Information. / Obtener la conformidad del otro padre con respecto a esta restricción. Si obtiene la conformidad del otro padre con respecto a esta restricción, pídale al otro padre que firme y legalice este formulario, o envíe una declaración firmada y legalizada por ambos padres que especifique que ambos padres han acordado imponer una restricción a la Información sobre la salud protegida del hijo.

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.