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 Healthcare[SM] customer to request access to Protected Health Information (PHI) about me that Cigna Healthcare maintains, that was created or received by Cigna Healthcare 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 Healthcare[SM], solicitar acceso a Información sobre la salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sobre mí mantenida por Cigna Healthcare que Cigna Healthcare 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): _____

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

REQUEST / SOLICITUD

Information requested from records maintained by Cigna Healthcare. /
Información solicitada de los registros mantenidos por Cigna Healthcare.

☐ 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 Healthcare 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 al Departamento de Servicio al Cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de Cigna Healthcare).

☐ Enrollment or eligibility information that Cigna Healthcare 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 Healthcare 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 se mantiene y suministra durante un período de 24 meses. Es posible que no se pueda proporcionar información después de ese período.

PLEASE NOTE / TENGA EN CUENTA QUE

- 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 receives complete information. / Si la información suministrada en este formulario no está completa, Cigna Healthcare le devolverá el formulario y esta solicitud no se tendrá en cuenta hasta tanto Cigna Healthcare 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.

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.