REQUEST FOR CONFIDENTIAL COMMUNICATION

SOLICITUD DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

This form will allow me, as a Cigna Healthcare℠ customer to request to receive communications of Protected Health Information (PHI) about me by alternative means or at alternative locations.

Este formulario me permitirá a mí, como afiliado de Cigna Healthcare℠, solicitar recibir comunicaciones de Información sobre la salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sobre mí por medios alternativos o en lugares alternativos.

If a request is made for an alternate location, I understand correspondence will continue to be addressed to me, but will be mailed to the address I provide below. I understand all customer correspondence to me will be mailed to this alternate address whether or not it contains any confidential information about me. I understand that this request may be denied if it cannot reasonably be accommodated.

Si se solicita un lugar alternativo, entiendo que la correspondencia seguirá estando dirigida a mí, pero se enviará a la dirección que indique a continuación. Entiendo que toda la correspondencia para afiliados dirigida a mí se enviará a esta dirección alternativa, contenga o no información confidencial sobre mí. Entiendo que esta solicitud podrá ser rechazada si no se puede satisfacer desde un punto de vista razonable

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.

REQUEST / SOLICITUD

I request to receive communications of my PHI from Cigna Healthcare /
Solicito recibir las comunicaciones de mi PHI enviadas por Cigna Healthcare:

☐ By alternate means or location (please describe and provide address) /
Por medios alternativos o en un lugar alternativo (describa y suministre la dirección):

_____

_____

PLEASE NOTE / TENGA EN CUENTA QUE

- Communications containing your PHI will to be sent to the address you have provided on this form. / Las comunicaciones que contengan su PHI se enviarán a la dirección indicada en este formulario.
- If an alternate address is approved, it may be shown on correspondence about you that Cigna Healthcare sends to others, such as your provider. / Si se aprueba una dirección alternativa, es posible que aparezca en la correspondencia sobre usted que Cigna Healthcare envíe a otras personas, como su proveedor.
- If the information on this form is not complete, Cigna Healthcare will return the form to you, and this request may 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 es posible que esta solicitud no sea tenida en cuenta hasta tanto Cigna Healthcare reciba la información completa.
- If your customer ID or date of birth changes, a new form must be submitted. / Si se modifica su identificación de afiliado o la fecha de nacimiento, deberá enviar un nuevo formulario.
- You may change or revoke this request by sending a written request to Cigna Healthcare at the address below. You can obtain a Change/Revoke form by calling Cigna Healthcare Customer Service at the number on your Cigna Healthcare ID card. / Podrá modificar o revocar esta solicitud enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare, a la dirección que figura a continuación. Podrá obtener un formulario de Cambio/Revocación llamando al Departamento de Servicio al Cliente de 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.

We recommend that you keep a copy of your completed form for your records. A copy of this authorization and a notation concerning the persons or agencies to whom disclosure was made shall be included with your original health records.

Le recomendamos que conserve una copia del formulario completado para sus archivos. Con sus registros de salud originales deberá incluirse una copia de esta autorización y una nota que especifique las personas o entidades a las que se haya divulgado información.

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.