

SOLICITUD DE ACCESO A INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD PROTEGIDA Y DE INFORMACIÓN SOBRE LOS CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Este formulario me permitirá, como miembro/participante de Cigna, incluida Behavioral Health, solicitar acceso a Información sobre la salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sobre mí, mantenida por Cigna, y que Cigna haya creado o recibido durante la vigencia de mi empleo en virtud del empleador identificado a continuación. Este formulario también puede usarse para solicitar información adicional sobre códigos de diagnóstico y tratamiento.

1. Verificación – (Utilice letra de molde)

ID del Miembro/Participante que solicita la PHI: (La siguiente información es necesaria para verificar la identidad. Complete todos los datos que correspondan).

Nombre del Miembro/Participante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección registrada (obligatoria): _____

Número de teléfono en el que podemos encontrarle si necesitamos comunicarnos con usted para procesar su solicitud (obligatorio): _____

Últimos 4 dígitos del n.º del Seguro Social (opcional): _____

N.º de tarjeta de ID del Miembro/Participante (si corresponde): _____

N.º de grupo o cuenta que aparece en la tarjeta de ID: _____ **Nombre del empleador del suscriptor:** _____

Si tiene cobertura adicional con Cigna, además de la descrita precedentemente, complete también la siguiente información:

Nombre del otro Empleador: _____

N.º de tarjeta de ID del Miembro/Participante: _____

N.º de grupo o cuenta que aparece en la tarjeta de ID: _____

2. Solicitud

Información solicitada de los registros mantenidos por Cigna

- ☐ 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 a Servicios a los miembros al número gratuito que aparece en su tarjeta de ID de Cigna o en la del Suscriptor).*
- ☐ Información sobre inscripción o requisitos que se deben cumplir que Cigna haya recibido del empleador del Suscriptor o del Suscriptor/Miembro/Participante. *(Esto incluye información como nombre, dirección, número de teléfono, número del Seguro Social, etc.).*
- ☐ Información sobre administración de casos y administración de la utilización médica (CM/MM, por sus siglas en inglés respectivamente).
- ☐ Otra información (describir): _____

Tipo de información solicitada:

- ☐ Solicito la información marcada anteriormente con respecto a mis beneficios médicos de Cigna HealthCare.
- ☐ Solicito la información marcada anteriormente con respecto a mis beneficios de Behavioral Health. *(Asegúrese de tener cobertura a través de Behavioral Health antes de solicitar esta información).*
- ☐ Solicito la información marcada anteriormente con respecto a mis beneficios de Cigna Dental. *(Asegúrese de tener cobertura a través de Cigna Dental antes de solicitar esta información).*

Contigo paso a paso.®



La mayoría de la información es mantenida durante un período de 24 meses, y la información suministrada cubrirá dicho período. No será posible suministrar información que cubra un período mayor.

3. Información sobre los códigos de diagnóstico y tratamiento

Le recomendamos que se ponga en contacto con su profesional de cuidado de la salud, ya que es la persona responsable de darle a Cigna esta información para que la interprete y analice su relevancia para su salud.

Su solicitud:

Marque el (los) casillero(s) junto a la información que desea. Proporcione el nombre del (de los) profesional(es) de cuidado de la salud, su(s) dirección(es) y la(s) fecha(s) del servicio o tratamiento. Tenga en cuenta que esta información suele estar disponible solamente por dos años (24 meses) después de la fecha del servicio o tratamiento. Es posible que podamos recuperar información más antigua en nuestros archivos, pero eso llevará más tiempo.

☐ Códigos de diagnóstico (y sus definiciones estándar)

☐ Códigos de tratamiento (y sus definiciones estándar)

Profesional(es) de cuidado de la salud que brindaron el servicio o tratamiento

Nombre(s)

Direcciones

Fecha(s) de servicio

Primera fecha de tratamiento

Última fecha de tratamiento

Tenga en cuenta que

- Si la información suministrada en este formulario no está completa, Cigna le devolverá el formulario, y esta solicitud no se tendrá en cuenta hasta tanto Cigna reciba información completa.
- 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 procedimiento civil, penal o administrativo, o para usarla en dicha acción o procedimiento.

4. Firma

He leído y comprendo la información incluida más arriba: (Nombre en letra de molde) _____ Fecha: _____

Firma del Miembro/Participante, padre/tutor, Representante personal si está disponible: _____

Relación si quien firmó no es el Miembro/Participante: _____

Tenga en cuenta que, si no lo suministró aún, le pediremos un comprobante para verificar la competencia del Representante personal antes de que esta solicitud se considere completa, incluida una copia del poder notarial para la atención médica u otro documento relevante.

Si la solicitud es realizada por un padre/tutor, complete lo siguiente: El Miembro/Participante es un menor de ____ años. Si está realizando esta solicitud en nombre de un menor de edad, es posible que pidamos información adicional antes de que esta solicitud se considere completa.