



CIGNA Behavioral Health

# Solicitud de cambio/revocación

ESTE FORMULARIO ME PERMITIRÁ, COMO MIEMBRO/PARTICIPANTE DE CIGNA BEHAVIORAL HEALTH\*, SOLICITAR UN CAMBIO O REVOCACIÓN DE UNA SOLICITUD APROBADA PREVIAMENTE DE RESTRICCIÓN, COMUNICACIONES CONFIDENCIALES, REPRESENTANTE PERSONAL, AUTORIZACIÓN O DECLARACIÓN DE DESACUERDO. COMPRENDO QUE AL COMPLETAR Y FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO A CIGNA BEHAVIORAL HEALTH A CAMBIAR O REVOCAR UNA SOLICITUD APROBADA PREVIAMENTE.

## VERIFICACIÓN – (Por favor, escriba en letra de molde)

**Identificación del miembro/participante:** (Se necesita la siguiente información para su verificación. Por favor, complete todos los puntos que correspondan).

Nombre del Miembro/Participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono donde lo podamos ubicar, si necesitaríamos comunicarnos con usted para procesar su solicitud (obligatorio): \_\_\_\_\_

Nº de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nº de la tarjeta de identificación del Miembro/Participante (si corresponde): \_\_\_\_\_

Nº de cuenta o del grupo que figura en la tarjeta de identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor (si es diferente al del miembro/Participante): \_\_\_\_\_

Parentesco del suscriptor con el Miembro/Participante: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador del suscriptor: \_\_\_\_\_

Nº de Seguro Social del suscriptor (si es diferente al del miembro/Participante): \_\_\_\_\_

**Si tiene cobertura adicional con CIGNA Behavioral Health, distinta de la que se describió anteriormente, por favor, también complete la siguiente información:**

Nombre de otro empleador: \_\_\_\_\_

Nº de la tarjeta de identificación del Miembro/Participante: \_\_\_\_\_

Nº de cuenta o del grupo que figura en la tarjeta de identificación: \_\_\_\_\_

## RESTRICCIÓN

**Por favor, complete esta sección SÓLO si tiene una restricción de privacidad activa registrada en CIGNA Behavioral Health.**

1.  Deseo revocar mi restricción para denegar acceso a otros Miembros/Participantes de mi familia cubiertos por mi póliza a mi Información personal sobre la salud (PHI, por sus siglas en inglés) por teléfono e Internet.

2.  Deseo revocar todas las otras restricciones. Por favor, describa la solicitud de restricción específica que desea revocar: \_\_\_\_\_

3.  Deseo cambiar las respuestas a mis preguntas de verificación:

Si marcó el casillero 3 previamente, debe brindar las respuestas actualizadas que desea utilizar en adelante:

• ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su madre?: (responda en el siguiente formato de 8 dígitos:

11231949 para el 23 de noviembre de 1949)

Usted puede utilizar cualquier fecha, sin embargo, no puede ser una fecha futura, deber ser una fecha legítima del calendario. Por ejemplo, no podemos aceptar 11361949 (36 de noviembre de 1949) puesto que no hay 36 días en noviembre. Tampoco podemos aceptar 11232010 (23 de noviembre de 2010) puesto que el 2010 es una fecha futura.

• Cuáles son los últimos 4 dígitos de su tarjeta de crédito favorita (puede usar cualquier número de cuatro dígitos): \_\_\_\_\_

## COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

**Por favor, complete esta sección SÓLO si tiene una dirección para comunicaciones confidenciales activa registrada en CIGNA Behavioral Health.**

1.  Deseo revocar mi dirección para comunicaciones confidenciales.

2.  Deseo cambiar mi dirección para comunicaciones confidenciales.

Si marcó el casillero 2 previamente, debe brindar la dirección actualizada que desea utilizar en adelante: \_\_\_\_\_

## REPRESENTANTE PERSONAL

**Por favor, complete esta sección SÓLO si tiene un Representante personal activo registrado en CIGNA Behavioral Health.**

1.  Deseo revocar a mi Representante personal.
2.  Deseo cambiar la información sobre mi Representante personal. Por favor, marque lo que desee cambiar y brinde la información actualizada en el espacio provisto:
  - 2a.  Nombre del Representante personal: \_\_\_\_\_
  - 2b.  Dirección del Representante personal: \_\_\_\_\_
  - 2c.  Fecha de nacimiento del Representante personal (responda en el siguiente formato de 8 dígitos: 11231949 para el 23 de noviembre de 1949): \_\_\_\_\_
  - 2d.  Preguntas de verificación del Representante personal:
 

Si marcó el casillero 2d previamente, debe brindar las respuestas actualizadas que desea utilizar en adelante:

    - ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su madre?: (responda en el siguiente formato de 8 dígitos: 11231949 para el 23 de noviembre de 1949) \_\_\_\_\_ Puede usar cualquier fecha, sin embargo, no puede ser una fecha futura, y debe ser una fecha legítima del calendario. Por ejemplo, no podemos aceptar 11361949 (36 de noviembre de 1949), puesto que no hay 36 días en noviembre. Tampoco podemos aceptar 11232010 (23 de noviembre de 2010) puesto que el 2010 es una fecha futura.
    - ¿Cuáles son los últimos 4 dígitos de su tarjeta de crédito favorita? (puede usar cualquier número de cuatro dígitos): \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD

Por favor, complete esta sección SÓLO si tiene una autorización de privacidad activa registrada en CIGNA Behavioral Health.

- Deseo revocar mi Autorización de privacidad.
- Nombre del/de los Individuo(s) o Compañía(s) que ya no están autorizados a recibir mi PHI: \_\_\_\_\_
  - Información específica que permitía la Autorización revocada anteriormente (por ejemplo, estado de los reclamos, información médica, elegibilidad): \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE DESACUERDO

Por favor, complete esta sección SÓLO si presentó previamente una Declaración de desacuerdo o una solicitud de envío de información relacionada con una negación de una solicitud de modificar la PHI.

- Deseo revocar mi solicitud de hacer que se envíe parte o toda la información siguiente cuando CIGNA Behavioral Health envía correspondencia relacionada con la información en disputa: mi solicitud de modificar la PHI, la denegación de CIGNA Behavioral Health, las Declaraciones de desacuerdo, y las refutaciones de CIGNA Behavioral Health.

## POR FAVOR, TENGA EN CUENTA:

- Si la información que figura en este formulario no está completa, CIGNA Behavioral Health se lo devolverá, y no considerará esta solicitud hasta que CIGNA Behavioral Health no reciba la información completa.
- Si se cambiara la información de la inscripción, como por ejemplo el Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés), su identificación del Miembro/Participante o la fecha de nacimiento, se deberá completar otro formulario en ese momento.
- Si el Miembro/Participante o el Suscriptor colectivo cambiara la cobertura de beneficios de atención médica de CIGNA Behavioral Health, se deberá completar otro formulario en ese momento.

## FIRMA Y CERTIFICACIÓN

Si su solicitud se refiere a una Restricción, Autorización de privacidad o Declaración de desacuerdo, por favor, complete la sección de la firma titulada A. Si su solicitud se refiere a un Representante personal o Comunicaciones confidenciales, por favor, complete la sección de la firma y la certificación titulada B.

