



CIGNA Behavioral Health

Solicitud para acceder a la Información sobre la atención médica

ESTE FORMULARIO ME PERMITIRÁ, COMO MIEMBRO/PARTICIPANTE DE CIGNA BEHAVIORAL HEALTH*, A SOLICITAR ACCESO A LA INFORMACIÓN PRIVADA SOBRE LA SALUD (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) SOBRE MÍ QUE CIGNA BEHAVIORAL HEALTH CONSERVE Y QUE HAYA SIDO CREADA O RECIBIDA POR CIGNA BEHAVIORAL HEALTH DURANTE EL TIEMPO QUE ESTUVE EMPLEADO POR EL EMPLEADOR QUE SE IDENTIFICA A CONTINUACIÓN.

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

Identificación del Miembro/Participante que solicita la PHI: (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 necesitáramos 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 e (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: _____

SOLICITUD

Dirección donde CIGNA Behavioral Health debe enviar la información solicitada:

Información solicitada de los expedientes que conserva CIGNA Behavioral Health

- Reclamos adjudicados (procesados): Éste es un resumen de los reclamos pagados o rechazados.
(Esto no incluye la información sobre reclamos recibidos pero no procesados. Si desea conocer el estado de dichos reclamos, puede llamar al número gratuito de Servicios a los miembros que figura en su tarjeta de identificación o en la del Suscriptor de CIGNA Behavioral Health).
- Información de inscripción o de elegibilidad que CIGNA Behavioral Health ha recibido del empleador del Suscriptor o del Suscriptor/Miembro/Participante. *(Esto incluye información tal como nombre, dirección, número de teléfono, Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) etc.).*
- Información sobre la Administración de casos o administración de la utilización médica (CM/MM respectivamente, por sus siglas en inglés).
- Otra información *(por favor, describa):* _____

La mayor parte de la información se conserva y será brindará por un período de 24 meses. Es posible que no se pueda brindar información pasado ese período.

Puede haber más PHI que haya sido creada o esté en poder del Empleador/Plan de salud colectivo del suscriptor y/o sus asociados comerciales y que no se haya incluido en esta respuesta para el acceso. Deberá comunicarse con el empleador para obtener información adicional.

Por favor, complete el formulario de la página siguiente ➡

