



# Solicitud de detalle

AL COMPLETAR Y ENVIAR ESTE FORMULARIO, ESTOY SOLICITANDO UN DETALLE DE MI INFORMACIÓN PRIVADA SOBRE LA SALUD (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS).

*Comprendo que dicho detalle estará limitado a divulgaciones que no estaban destinadas al tratamiento, pago u operaciones del plan de salud, y para las cuales no he brindado una autorización por escrito. Comprendo que la mayoría de las divulgaciones de la PHI son para el tratamiento, pago u operaciones del plan de salud. El detalle no incluirá información que haya sido divulgada antes del 14 de abril de 2003.*

## 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 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 (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 del empleador del suscriptor: \_\_\_\_\_

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

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

## SOLICITUD

Solicito información sobre la divulgación de los siguientes tipos de información:

- Atención médica
- Atención dental
- Atención de salud mental/conductual

(Por favor, asegúrese de que tenga cobertura de CIGNA Behavioral Health antes de solicitar esta información).

Envíela a la siguiente dirección: \_\_\_\_\_

## POR FAVOR, TENGA EN CUENTA:

- El detalle no incluirá los períodos anteriores al 14 de abril de 2003.
- Se brinda un detalle por un período de 12 meses sin cargo; es posible que CIGNA Behavioral Health cobre por detalles adicionales.
- Este detalle de su información privada (protegida) **incluye únicamente las divulgaciones realizadas por CIGNA Behavioral Health y sus afiliadas.** No incluye las divulgaciones que pueden haber realizado el empleador/plan de salud colectivo del suscriptor, sus asociados comerciales, u otros aseguradores del plan de salud colectivo que administre sus beneficios de atención médica. Deberá comunicarse con su empleador o con dichas entidades para obtener información adicional.

- *Comprendo que si la información que figura en este formulario no está completa CIGNA Behavioral Health me lo devolverá, y no se considerará esta solicitud hasta no recibir toda la información completa.*
- *Si se cambia la información sobre mi inscripción, como por ejemplo el Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés), la Identificación del miembro o la fecha de nacimiento, se deberá completar otro formulario en ese momento.*
- *Si el Miembro/Participante o el Grupo cambiaran por otro tipo de cobertura de beneficios de atención médica brindada por CIGNA Behavioral Health, se deberá completar otro formulario en ese momento.*

## **FIRMA**

He leído y comprendo la información mencionada anteriormente:	Fecha: _____
Firma del Miembro/Participante, Padre/Tutor, Representante personal: _____	
Parentesco si es firmado por otra persona que no sea el Miembro/Participante: _____	
<b>Tenga en cuenta que si no ha sido suministrada, solicitaremos la verificación de la autoridad de un Representante personal antes de considerar esta solicitud completa.</b>	
Si la solicitud la realiza el Padre/Tutor, complete lo siguiente: El Miembro/Participante es un menor de _____ años.	
Si usted realiza esta solicitud en nombre de un niño menor, podremos solicitar información adicional antes de considerarla completa.	
Firma del Miembro/Participante, Padre/Tutor, Representante personal: _____	

\*"CIGNA Behavioral Health" se refiere a CIGNA Behavioral Health, Inc. y las subsidiarias de CIGNA Behavioral Health, Inc., incluida CIGNA Behavioral Health of California, Inc.

### **PARA DEVOLVER SU FORMULARIO UNA VEZ COMPLETADO**

**Fax a: 952.996.2507**

**0**

**Envíelo por correo a: CIGNA Behavioral Health • Central HIPAA Unit • 11095 Viking Drive • Ste. 350 • Eden Prairie, MN 55344**