



CIGNA Behavioral Health

Solicitud de comunicaciones confidenciales

ESTE FORMULARIO ME PERMITIRÁ, COMO MIEMBRO/PARTICIPANTE DE CIGNA BEHAVIORAL HEALTH*, SOLICITAR RECIBIR COMUNICACIONES DE MI INFORMACIÓN PRIVADA SOBRE LA SALUD (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) SOBRE MÍ POR MEDIOS ALTERNATIVOS O EN LUGARES ALTERNATIVOS.

Si se solicita un lugar alternativo, comprendo que la correspondencia se seguirá dirigiendo a mi nombre, pero será enviada a la dirección que indico a continuación. Comprendo que toda la correspondencia del Miembro/Participante dirigida a mí será enviada a esta dirección alternativa ya sea que contenga o no información confidencial sobre mí. Comprendo que esta solicitud puede rechazarse si no puede ajustarse razonablemente.

Nota: Si se acepta su solicitud, afectará sólo a las comunicaciones escritas y verbales de CIGNA Behavioral Health. Si también desea que su empleador, plan de salud colectivo, médico o cualquier persona externa de CIGNA Behavioral Health haga este cambio, debe obtener su consentimiento por separado.

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 a la que se describió anteriormente, por favor, también brinde 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: _____

¿Se aplica esta solicitud a toda la cobertura? Sí No

SOLICITUD

1. Solicito recibir las comunicaciones sobre mi PHI de CIGNA Behavioral Health:

Por un medio o lugar alternativo (por favor, describa y brinde una dirección): _____

Por favor, tenga en cuenta que: Si usted solicita solamente comunicaciones por teléfono o correo electrónico, es posible que no podamos brindarle todas las comunicaciones necesarias en dichos formatos y que tengamos que denegar su solicitud.

Motivo por el cual un medio o un lugar alternativo resulta necesario: _____

2. Solicitud de restricción: (Por favor indique, marcando los puntos que figuran a continuación).

Deseo negarles a otros miembros de mi familia cubiertos por mi póliza acceso a mi PHI por teléfono e Internet. Si hace esta elección y no es el Suscriptor, no podrá acceder a su información a través de Internet. Necesitará llamar al número que figura en su tarjeta identificación o la del Suscriptor para obtener la información por teléfono. (El Suscriptor aún podrá obtener su propia PHI por teléfono e Internet).

Por favor complete el formulario de la página siguiente ➡

CIGNA Behavioral Health no divulgará información confidencial sin su autorización salvo que sea necesaria para brindar sus beneficios de salud, administrar su plan de beneficios, brindar apoyo a los programas o servicios de CIGNA Behavioral Health o según sea exigido o permitido por ley. Por ejemplo, no daremos su información confidencial a una agencia de crédito, a un telemarketer o a un posible empleador. No venderemos, alquilaremos ni daremos licencias de la información confidencial que usted nos provea. No necesita solicitar una restricción si tiene una inquietud acerca de dichos usos y divulgaciones.

PREGUNTAS DE VERIFICACIÓN (Sólo necesarias para el N° 2).

Las respuestas que brinde se utilizarán para verificar su identidad si llama por su PHI. Debe responder a estas preguntas si marcó el casillero N° 2 en la sección Solicitud precedente. Tenga en cuenta que le hacemos estas preguntas porque las respuestas deben ser fáciles de recordar para usted, pero puede ingresar otros números, según se describe a continuación.

Últimos 4 dígitos de su tarjeta de crédito favorita (puede usar cualquier número de cuatro dígitos): _____

¿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.

- Por favor NO entregue a ninguna otra persona las respuestas a estas preguntas.
- Guarde una copia de este formulario como referencia.

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA:

- Si no es el Suscriptor, los pagos con cheque por los servicios que recibe que no se envíen al proveedor de salud se enviarán al Suscriptor. Por lo tanto, un Suscriptor puede recibir un cheque que le genere preguntas sobre los servicios prestados. Además, si el Suscriptor está inscripto en una Cuenta de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) o en una Cuenta de gastos para la salud (HSA, por sus siglas en inglés), podrá obtener información (por ejemplo, la fecha del servicio, la cantidad del reclamo) sobre reclamos incurridos por su plan de beneficios de salud.
- Si el Suscriptor está inscripto en una Cuenta de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés), en un Acuerdo de reembolso de salud (HRA, por sus siglas en inglés) o en una Cuenta de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés), también recibirá una Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) por los reclamos presentados para el reembolso. En muchos casos, los reclamos presentados para el pago por el plan de beneficios médicos del Suscriptor se enviarán automáticamente a su FSA o HSA para el reembolso.
- Las comunicaciones que contengan PHI serán enviadas a la dirección que usted ha indicado en este formulario.
- Si se aprueba una dirección alternativa, es posible que también figure en la correspondencia sobre usted que CIGNA Behavioral Health envía a terceros, como por ejemplo su proveedor.
- Si la información que figura en este formulario no está completa, CIGNA Behavioral Health se lo devolverá, y es posible que no considere esta solicitud hasta que CIGNA Behavioral Health no reciba la información completa.
- Si cambió su identificación de Miembro/Participante 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.
- Puede cambiar o revocar esta solicitud enviando una solicitud por escrito a CIGNA Behavioral Health, Central HIPAA Unit, a la dirección que figura en la página 3. Puede obtener un formulario de Cambio/Revocación llamando a Servicios a los miembros de CIGNA Behavioral Health al 1.800.926.2273.

Por favor complete el formulario de la página siguiente ➡

