



Solicitud de restricción de uso y divulgación de Información privada sobre la salud

ESTE FORMULARIO ME PERMITIRÁ, COMO MIEMBRO/PARTICIPANTE DE CIGNA BEHAVIORAL HEALTH*, SOLICITAR UNA RESTRICCIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN PRIVADA SOBRE LA SALUD (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS). COMPRENDO QUE CIGNA BEHAVIORAL HEALTH CONSIDERARÁ TODAS LAS SOLICITUDES DE RESTRICCIÓN CON SUMO CUIDADO; SIN EMBARGO NO SE EXIGE QUE CIGNA

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 de 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

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.

RESTRICCIONES SOLICITADAS

Por favor, describa su solicitud: _____

Por favor, indique debajo si desea que se apliquen las siguientes restricciones:

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).

Si desea implementar este tipo de restricción, debe completar las Preguntas de verificación a continuación.

PREGUNTAS DE VERIFICACIÓN

Las respuestas que brinde a continuación se utilizarán para verificar su identidad si llama por su información privada sobre la salud. 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 en la página siguiente.

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.

No deseo que se comuniquen conmigo en relación con los programas ofrecidos por CIGNA, sus agentes o subsidiarias, según se especifica en este formulario, excepto cuando sea necesario para la administración del plan de beneficios, por ley o en respuesta directa a mi solicitud o pregunta. Importante: Aunque usted elija esta restricción, CIGNA deberá comunicarse con usted con respecto a información específica relacionada con su plan de beneficios o cuando se requiera por ley.

- Renuncia global:** Elijo no recibir ninguna comunicación telefónica o por escrito de los programas médicos, de la vista, de farmacia, de salud conductual y dentales de CIGNA HealthCare, excepto cuando se exijan para la administración del plan de beneficios o por ley.
- Correo electrónico:** Elijo no recibir correspondencia por correo electrónico.
- Encuestas:** Elijo no recibir encuestas por ningún motivo, excepto cuando se exijan para la administración del plan de beneficios o por ley o en respuesta directa a mi solicitud o demanda.
- Materiales impresos:** Elijo no recibir materiales impresos, que incluyen materiales educativos, folletos y boletines, excepto cuando se exijan para la administración del plan de beneficios o por ley o en respuesta directa a mi solicitud o demanda.
- Cartas y correspondencia:** Elijo no recibir cartas ni correspondencia, excepto cuando se exijan para la administración del plan de beneficios o por ley o en respuesta directa a mi solicitud o demanda. Esto incluye recordatorios de salud preventiva de rutina.
- Llamadas telefónicas:** Elijo no recibir llamadas telefónicas, excepto cuando se exijan para la administración del plan de beneficios y/o por ley o en respuesta directa a mi solicitud o demanda.

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.*
- *Si el Suscriptor está inscrito 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. Además, si el Suscriptor está inscrito 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.*
- *Las comunicaciones, inclusive aquellas que contengan PHI, se seguirán enviando a la dirección que actualmente tenemos registrada para usted.*
- *Si alguna parte de la información que figura en este formulario no está completa, CIGNA Behavioral Health se lo devolverá, y no se considerará su solicitud de restricción 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 restricción enviando una solicitud por escrito a CIGNA Behavioral Health, Central HIPAA Unit, a la dirección que figura a continuación.*
- *Usted puede obtener un formulario de Cambio/Revocación llamando a Servicios a los Miembros de CIGNA Behavioral Health al 1.800.926.2273.*

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: _____

Nota: Si no ha sido suministrada, solicitaremos la verificación de la autoridad del Representante personal antes de considerar esta solicitud completa.

Si la solicitud la realiza el Padre/Tutor, complete lo siguiente: El Miembro/Participante es un menor de _____ años.

Si usted es un padre o tutor que solicita una restricción sobre un menor para evitar que el otro padre legal del menor tenga acceso a la información privada sobre la salud, usted debe:

1. brindar pruebas de que los derechos del otro padre se han revocado u
2. obtener el consentimiento del otro padre para esta restricción. Si obtiene el consentimiento del otro padre para esta restricción, por favor, solicite al otro padre que firme y certifique este formulario o envíe una declaración firmada y certificada por ambos padres que indique que ambos padres han acordado solicitar una restricción para la información privada sobre la salud del menor.

PARA DEVOLVER SU FORMULARIO COMPLETO

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

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

"CIGNA Behavioral Health" es una marca de servicio registrada y se refiere a las distintas subsidiarias operativas de CIGNA Corporation. Los productos y servicios son brindados por estas empresas subsidiarias y no por CIGNA Corporation.