



CIGNA Behavioral Health

# Declaración de desacuerdo/Solicitud de envío de denegación de solicitud de modificación

ESTE FORMULARIO ME PERMITIRÁ BRINDAR UNA DECLARACIÓN DE DESACUERDO A LA DENEGACIÓN DE CIGNA BEHAVIORAL HEALTH DE MI SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DE MI INFORMACIÓN PRIVADA SOBRE LA SALUD (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) QUE CONSERVA CIGNA BEHAVIORAL HEALTH. COMPRENDO QUE SI NO DESEO ENVIAR UNA DECLARACIÓN DE DESACUERDO POR ESCRITO, AÚN PUEDO SOLICITAR QUE CIGNA BEHAVIORAL HEALTH ME ENVÍE LA DENEGACIÓN DE MI SOLICITUD DE ENMIENDA.

**POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE:** Si completa este formulario y el plan de beneficios del empleador suyo o del Suscriptor recibe un informe que contenga su PHI en disputa, estamos obligados por ley a enviarle a su empleador o al del Suscriptor su solicitud de modificación de la PHI, la denegación de CIGNA Behavioral Health, este formulario, inclusive cualquier Declaración de desacuerdo, y las refutaciones de CIGNA Behavioral Health.

## 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 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: \_\_\_\_\_

- El envío de este formulario no implica la modificación de su información.
- Si CIGNA Behavioral Health no es quien originó la información que usted está solicitando modificar, deberá comunicarse directamente con el creador de dicha información para modificarla. Por ejemplo, este es el caso de su diagnóstico, la fecha del servicio o el tratamiento que usted recibió. Si el proveedor accede a modificar su información y se lo informa a CIGNA Behavioral Health, nosotros la cambiaremos de nuestros expedientes. En tal caso, no sería necesario que presente este formulario.

Solicitud de enmienda de la PHI que fue denegada y que es sujeta a su declaración de desacuerdo: \_\_\_\_\_

Fecha de la PHI en disputa, si corresponde: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE DESACUERDO (Complete si desea presentar una Declaración de desacuerdo)

Describa por qué está en desacuerdo con la denegación de modificación de la PHI (Si fuera necesario, por favor, continúe en una segunda página): \_\_\_\_\_

---



---



---



---

Por favor, complete el formulario de la página siguiente ➡

CIGNA HealthCare enviará su solicitud de modificación de su PHI, la denegación de CIGNA Behavioral Health, este formulario, inclusive cualquier Declaración de desacuerdo y cualquier refutación de CIGNA Behavioral Health cuando envíe correspondencia que contenga la información en disputa. No enviaremos esta información con correspondencia ni a usted ni al Suscriptor.

- Si no desea presentar una Declaración de desacuerdo, pero desea que su solicitud de modificación de la PHI y la denegación de CIGNA Behavioral Health se envíen cuando CIGNA Behavioral Health envíe correspondencia que contenga la información en disputa, por favor, marque el casillero de la izquierda.

### **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 haya recibido 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 a continuación. Puede obtener un formulario de Cambio/Revocación llamando a Servicios a los miembros de CIGNA Behavioral Health al número que figura en su tarjeta de identificación de CIGNA Behavioral Health.

### **FIRMA**

He leído y comprendo la información mencionada anteriormente:	Fecha: _____
Firma del Miembro/Participante, Padre/tutor, si corresponde: _____	
Parentesco si es firmado por otra persona que no sea el Miembro/Participante: _____	
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.	
Si el Miembro/Participante no puede brindar su consentimiento debido a la edad, 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.	

\*"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.

**PARA DEVOLVER SU FORMULARIO COMPLETO, ENVÍELO POR CORREO A:  
CIGNA Behavioral Health • Central HIPAA Unit • 11095 Viking Drive • Ste. 350 • Eden Prairie, MN 55344**