

Solicitud de rendición de cuentas de divulgaciones de información sobre la salud que pueda identificarme individualmente en virtud de la HIPAA de Cigna Global Health BenefitsSM



Este formulario me permitirá, como miembro/participante de Cigna Global Health Benefits, solicitar una rendición de cuentas de divulgaciones de mi información sobre la salud que pueda identificarme individualmente para fines que no estén relacionados con tratamiento, pago y/u operaciones de cuidado de la salud y otras excepciones en virtud de la Norma de Privacidad.

A partir del 14 de abril de 2003, Cigna Global Health Benefits proporcionará una rendición de cuentas de las divulgaciones de información sobre la salud que pueda identificar individualmente a un miembro/participante efectuadas durante un máximo de seis (6) años antes de la fecha de la solicitud del miembro/participante.

Cuando se reciba una solicitud de rendición de cuentas de divulgaciones de información sobre la salud que pueda identificarme individualmente, se proporcionará dentro de un plazo de sesenta (60) días. De ser necesario, este plazo puede prorrogarse por treinta (30) días más. Dentro de los sesenta (60) días de la solicitud original, se notificará(n) por escrito al miembro/participante que solicitó la rendición de cuentas el (los) motivo(s) de la prórroga y la fecha límite para cumplir con lo solicitado.

Un miembro/participante puede recibir una rendición de cuentas de divulgaciones sin cargo una vez durante cualquier período de doce (12) meses. Si un miembro/participante solicita más de una rendición de cuentas dentro del mismo período de doce (12) meses, Cigna Global Health Benefits podrá cobrarle una tarifa basada en el costo.

Identificación del miembro/participante que solicita una rendición de cuentas de divulgaciones. La siguiente información se necesita para verificar la identidad:

Nombre del miembro/participante que solicita una rendición de cuentas de divulgaciones

Fecha de nacimiento

N.º de miembro

Nombre del suscriptor (si difiere del miembro)

Relación del suscriptor con el miembro

Nombre del empleador del suscriptor

Número de miembro del suscriptor

Envíe el formulario firmado y completado a la siguiente dirección:

Privacy Office
Cigna Global Health Benefits
300 Bellevue Parkway
Wilmington, Delaware 19809

Entiendo que si se entrega un formulario incompleto a Cigna Global Health Benefits, se me devolverá para que lo complete, y mi solicitud de rendición de cuentas de divulgaciones no se implementará hasta que se reciba y se procese toda la información completa.

También entiendo que si yo, como miembro/participante, o el suscriptor colectivo, cambiamos la cobertura de beneficios de cuidado de la salud o cambiamos de empleador, tendré que volver a enviar esta solicitud.

He leído y comprendo la información incluida más arriba:

Fecha: _____ Firma del miembro/participante autorizante: _____

Si el paciente no puede prestar su consentimiento debido a una afección física o a su edad, complete lo siguiente: El paciente es un menor de _____ años de edad o no puede prestar su consentimiento, porque: _____

Firma del padre/tutor/apoderado: _____ Relación: _____

Firma del representante personal: _____ Relación: _____

"Cigna" es una marca de servicio registrada, y el logo "Tree of Life", "GO YOU" y "Cigna Global Health Benefits" son marcas de servicio, de Cigna Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen Cigna Corporation y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios son brindados por dichas subsidiarias operativas, o a través de ellas, que incluyen a Connecticut General Life Insurance Company y Cigna Health and Life Insurance Company, y no por Cigna Corporation.