



NAME
 PCP
 PCP PHONE
 ID #
 COPAYS
 VIS

GROUP
 MOD #
 MED REC #

Cigna Medical Group (CMG) Notification of Privacy/Confidential Communication

Please complete this form to notify CMG of a privacy/confidential address and telephone number which you would like utilized by CMG when communicating with you. **Your signature must be notarized before returning this form by mail to CMG.** You may complete this form and have your signature witnessed at the check-in desk of any healthcare center.

Mailing address: Privacy Officer, Cigna Medical Group
 Cigna HealthCare of Arizona
 25500 N. Norterra Drive
 Phoenix, Arizona 85085

Please note, by submitting this form, you are notifying Cigna Medical Group of this privacy address. This information will not be shared outside of CMG without your authorization. If you wish your insurance company (Cigna HealthCare, Aetna, United Healthcare, etc.) to use this alternative address, you must notify them separately. Call the Member Services number on your insurance identification card to inquire about their notification process.

PATIENT NAME:		DATE OF BIRTH:		MEMBER ID# (If applicable):	
PRIVACY/CONFIDENTIAL ADDRESS (Street):	CITY:	STATE:	ZIP CODE:	PRIVACY/CONFIDENTIAL PHONE #:	

Reason for privacy address (be specific): _____

Signature of Patient/Representative Submitting Notification: _____ Relationship to Patient: _____ Date: _____
 Signature of Notary: _____ Date: _____ Stamp: _____ (If Notarized)

FOR CMG USE ONLY:
 Date notification form received: _____ Received by: _____ (Employee Name)
NOTES:



NAME
 PCP
 PCP PHONE
 ID #
 COPAYS
 VIS

GROUP
 MOD #
 OV ER RX
 MED REC #

Cigna Medical Group (CMG) Notificación de privacidad/comunicaciones confidenciales

Complete este formulario para notificar a CMG la dirección y el número de teléfono privado/confidencial que desea que CMG utilice cuando se comunique con usted. **Debe legalizar su firma antes de enviarle este formulario por correo a CMG.** Puede completar este formulario y pedir la autenticación de su firma ante un testigo en cualquier mostrador de admisión de cualquier centro de servicios de salud.

Dirección de correo postal: Privacy Officer, Cigna Medical Group
 Cigna HealthCare of Arizona
 25500 N. Norterra Drive
 Phoenix, Arizona 85085

Tenga en cuenta que al presentar este formulario, usted le notifica a Cigna Medical Group esta dirección privada. No se compartirá esta información fuera de CMG sin su autorización. Si desea que su compañía de seguros (Cigna HealthCare, Aetna, United Healthcare, etc.) use esta dirección alternativa, debe notificarles por separado. Llame al número de Servicios a los asegurados que figura en su tarjeta de identificación del seguro para consultar sobre su proceso de notificación.

NOMBRE DEL PACIENTE:		FECHA DE NACIMIENTO:	N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO (si corresponde):		
DIRECCIÓN PRIVADA/CONFIDENCIAL (Calle):		CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	N.º DE TEL. PRIVADO/CONFIDENCIAL:

Motivo de la dirección privada (sea específico): _____

Firma del paciente/representante que envía la notificación: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Firma del notario: _____ Fecha: _____ Sello: _____
(Si se legaliza)

PARA USO DE CMG ÚNICAMENTE:
 Date notification form received: _____ Recibido por: _____
(Nombre del empleado)

NOTAS:
