



STATEMENT OF DISAGREEMENT/REQUEST TO FORWARD DENIAL OF AMENDMENT REQUEST

MANIFESTACIÓN DE DESACUERDO/SOLICITUD PARA QUE SE ENVÍE EL RECHAZO DE LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN

This form will allow me to provide a Statement of Disagreement to the Cigna Healthcare denial of my request to amend my Protected Health Information (PHI) that Cigna Healthcare maintains. I understand if I do not wish to submit a written Statement of Disagreement, I may still request that the Cigna Healthcare denial of my amendment request be forwarded.

Este formulario me permitirá proporcionar una Manifestación de desacuerdo al rechazo de Cigna Healthcare de mi solicitud para modificar mi Información sobre la salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que mantiene Cigna Healthcare. Entiendo que si no deseo enviar una Manifestación de desacuerdo por escrito, podré solicitar que se envíe el rechazo de mi solicitud de modificación de Cigna Healthcare.

VERIFICATION/VERIFICACIÓN – (Please print/Utilice letra de molde)

Identification of customer/Identificación del afiliado:

(The following information is needed for verification. Please complete all applicable items./La siguiente información se necesita para verificar la identidad. Complete todos los datos que correspondan.)

Name of customer/Nombre del afiliado: _____

Date of birth/Fecha de nacimiento: _____

Phone number where we can reach you if we need to contact you to process your request (required)/
Número de teléfono en el que podemos encontrarle si necesitamos comunicarnos con usted para procesar su solicitud (obligatorio): _____

Current address on file/Dirección actual registrada: _____

Medicare ID #/N.º de identificación
de Medicare: _____

Customer ID card # (if applicable)/N.º de tarjeta
de identificación del afiliado (si corresponde): _____

Please complete the next page./Complete la página siguiente.

- Submission of this form will not lead to the amendment of your information.
El hecho de que envíe este formulario no implica que se modificará su información.
- If Cigna Healthcare was not the originator of the information you are requesting to amend, you should contact the originator directly to amend the information. For example, this would apply to your diagnosis, the date of service or the treatment you received. If the originator provides consent to amend your information and notifies Cigna Healthcare, we will change the information in our records. In that case, it would not be necessary to submit this form.

Si Cigna Healthcare no fue la autora de la información que solicita modificar, deberá comunicarse directamente con el autor de dicha información para modificarla. Por ejemplo, esto podría aplicarse a su diagnóstico, la fecha del servicio o el tratamiento que recibió. Si el autor de dicha información presta su consentimiento para modificar su información y notifica a Cigna Healthcare, cambiaremos la información en nuestros registros. En ese caso, no sería necesario enviar este formulario.

PHI amendment request that was denied and is the subject of your statement of disagreement/
Solicitud de modificación de PHI rechazada que es objeto de su Manifestación de desacuerdo:

Date of disputed PHI, if applicable/Fecha de la PHI cuestionada, si corresponde: _____

STATEMENT OF DISAGREEMENT/MANIFESTACIÓN DE DESACUERDO

(Complete if you wish to submit a Statement of Disagreement/Complete esta sección si desea enviar una Manifestación de desacuerdo).

Describe why you disagree with the denial to amend PHI. (Please continue on a separate sheet of paper if necessary)/
Describa por qué no está de acuerdo con el rechazo de la solicitud de modificación de la PHI. (Continúe en otra hoja de ser necesario):

Cigna Healthcare will forward your request to amend your PHI, the Cigna Healthcare denial, this form, including any Statement of Disagreement, and any Cigna Healthcare rebuttal when sending correspondence containing the disputed information. We will not forward this information with correspondence to you.

Cigna Healthcare enviará su solicitud de modificación de su PHI, el rechazo de Cigna Healthcare, este formulario, incluida cualquier Manifestación de desacuerdo, y cualquier refutación de Cigna Healthcare, cuando envíe correspondencia que contenga la información cuestionada. No enviaremos esta información con la correspondencia que le enviemos a usted.

- If you do not wish to submit a Statement of Disagreement, but would like your request to amend PHI and the Cigna Healthcare denial to be forwarded when Cigna Healthcare sends correspondence containing the disputed information, please check the box at the left.

Si no desea enviar una Manifestación de desacuerdo, pero desea que su solicitud de modificación de la PHI y el rechazo de Cigna Healthcare sean enviados cuando Cigna Healthcare envíe correspondencia que contenga la información cuestionada, marque el casillero a la izquierda.

Please complete the next page./Complete la página siguiente.

PLEASE NOTE/TENGA EN CUENTA QUE

- If the information on this form is not complete, Cigna Healthcare will return the form to you, and this request will not be considered until Cigna Healthcare has received complete information.
Si la información suministrada en este formulario no está completa, Cigna Healthcare le devolverá el formulario y esta solicitud no será tenida en cuenta hasta tanto Cigna Healthcare haya recibido la información completa.
- If your date of birth or customer ID changes, a new form must be completed at that time.
Si su fecha de nacimiento o su identificación de afiliado cambia, deberá completar un nuevo formulario en ese momento.
- You may change or revoke this request by sending a written request to Cigna Healthcare at the address below. You can obtain a Change/Revoke form by calling Cigna Healthcare at the number on your Cigna Healthcare ID card.
Podrá modificar o revocar esta solicitud enviando una solicitud por escrito a Cigna Healthcare, a la dirección que figura a continuación. Podrá obtener un formulario de Cambio/Revocación llamando a Cigna Healthcare al número que figura en su tarjeta de identificación de Cigna Healthcare.

SIGNATURE/FIRMA

I have read and understand the above information./He leído y comprendo la información incluida más arriba.

Date/Fecha: _____

Signature of customer, parent/guardian, other person legally authorized to act on behalf of the customer/Firma del afiliado, padre/tutor u otra persona autorizada legalmente a actuar en nombre del afiliado:

Relationship if signed by other than customer/Parentesco si quien firmó no es el afiliado: _____

Note that, if not already provided, we will require verification of the authority of another person to act on behalf of the Member before this request will be considered complete./Tenga en cuenta que, si no lo suministró aún, le pediremos un comprobante para verificar la competencia de la otra persona para actuar en nombre del Miembro antes de que esta solicitud se considere completa.

If customer is unable to give consent because of age, complete the following:

Si el afiliado no puede prestar su consentimiento debido a su edad, complete lo siguiente:

Customer is a minor _____ years of age. If you are making this request on behalf of a minor child, we may require additional information before this request is considered complete.

El afiliado es un menor de _____ años. Si está realizando esta solicitud en nombre de un menor de edad, es posible que exijamos información adicional antes de que esta solicitud se considere completa.

Please complete the next page./Complete la página siguiente.

COMPLETED FORM MAILING ADDRESSES
DIRECCIONES POSTALES PARA EL FORMULARIO COMPLETADO

Please send your completed form to your plan's corresponding address below:
Envíe su formulario completado a la dirección correspondiente de su plan:

Cigna Medicare Advantage Plan

Cigna Healthcare Privacy Office
PO Box 188014
Chattanooga, TN 37422

Cigna Medicare Prescription Drug Plan

Cigna Healthcare
PO Box 269005
Weston, FL 33326-9927

Please maintain a copy of this form for your records.
Asegúrese de conservar una copia de este formulario para sus registros.

All Cigna Healthcare products and services are provided exclusively by or through operating subsidiaries of Cigna Corporation, including Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc., and Bravo Health Pennsylvania, Inc. The Cigna name, logos, and other Cigna marks are owned by Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna-HealthSpring is contracted with Medicare for PDP plans, HMO and PPO plans in select states, and with select State Medicaid programs. Enrollment in Cigna-HealthSpring depends on contract renewal. Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc., y Bravo Health Pennsylvania, Inc. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato.