

Formulario de reclamo médico

Este formulario se puede usar con todos los planes médicos. No está diseñado para reclamos Dentales o de Farmacia.**

**Tenga en cuenta que:

Solamente debe completar este formulario si su profesional de atención médica no presenta el reclamo en su nombre.

Aunque no sea parte de la red de Cigna (fuera de la red), su profesional de atención médica de todos modos puede presentar el reclamo en su nombre.

Hemos agregado instrucciones en la parte de atrás de este formulario para que le resulte fácil completarlo.

Puede encontrar formularios de reclamos Dentales y de Farmacia en mycigna.com. Ingrese en: Review My Coverage (Revisar mi cobertura)>Dental or Pharmacy (Dental o de Farmacia)>Related Links (Vínculos relacionados).

Asegurado y/o administrado por
Connecticut General Life Insurance Company
Cigna Health and Life Insurance Company
Cigna HealthCare*



INFORMACIÓN SOBRE EL AFILIADO PRIMARIO: El afiliado primario debe completar esta sección

A1. NOMBRE DEL AFILIADO PRIMARIO (Apellido) (Nombre) (Inicial del 2.º nombre)		A2. SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	B. FECHA DE NACIMIENTO MM DD AAAA	
C. DIRECCIÓN POSTAL DEL AFILIADO PRIMARIO (N.º, calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)		N.º DE TELÉFONO DIURNO ()		
¿ES UN CAMBIO DE DIRECCIÓN? (Nota: El cambio de dirección también se debe informar al Empleador, si corresponde) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		D. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE CIGNA O NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL AFILIADO PRIMARIO (en la parte de delante de su tarjeta de identificación de Cigna)		E. N.º DE CUENTA (en la parte de delante de su tarjeta de identificación de Cigna)
F. NOMBRE DEL EMPLEADOR		G. CONDICIÓN DEL AFILIADO PRIMARIO <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> JUBILADO*** <input type="checkbox"/> COBRA*** <input type="checkbox"/> INCAPACITADO***		*** FECHA DE ENTRADA EN VIGOR MM DD AAAA

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE: Complete esta sección solamente si el paciente no es el afiliado primario

A. NOMBRE DEL PACIENTE (Apellido) (Nombre) (Inicial del 2.º nombre)		B. PARENTESCO CON EL AFILIADO PRIMARIO <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro		C. FECHA DE NACIMIENTO MM DD AAAA		D. SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
E. DIRECCIÓN DEL PACIENTE - SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN DEL AFILIADO PRIMARIO (N.º, calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)						
F. EN EL MOMENTO QUE SE BRINDÓ EL SERVICIO MÉDICO, INDIQUE SI EL PACIENTE ERA: EMPLEADO A TIEMPO COMPLETO ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO N/c						

INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO POR ACCIDENTE/OCUPACIONAL: Complete esta sección solamente si presentará el reclamo por un accidente o una enfermedad o lesión ocupacional (relacionados con el trabajo)

A. ¿UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD A CAUSA DEL EMPLEO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	B. ¿UNA LESIÓN A CAUSA DE UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. DESCRIPCIÓN DE CÓMO SE PRODUJO EL ACCIDENTE O LA ENFERMEDAD/LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO				
D. FECHA DEL ACCIDENTE O COMIENZO DE LA ENFERMEDAD MM DD AAAA		E. ¿USTED O SUS DEPENDIENTES PRESENTARÁN UN RECLAMO O INICIARÁN ACCIONES LEGALES CONTRA UN TERCERO (INCLUIDA UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS) PARA RECUPERAR LOS GASTOS EN LOS QUE INCURRIERON COMO RESULTADO DE ESTE ACCIDENTE O ENFERMEDAD? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, suministre el nombre del tercero				

INFORMACIÓN SOBRE EL GRUPO FAMILIAR/OTRA COBERTURA: Complete solamente si el reclamo corresponde a un dependiente o si hay otra cobertura en vigor

A. ¿SU CÓNYUGE ESTÁ EMPLEADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES NO, ¿SU CÓNYUGE HA ESTADO EMPLEADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	B. NOMBRE DEL CÓNYUGE (Apellido) (Nombre) (Inicial del 2.º nombre)		FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE MM DD AAAA	
C. NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE		DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE (N.º, calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)		N.º DE TELÉFONO ()	
D1. ¿EL PACIENTE ESTÁ CUBIERTO POR OTRO PLAN DE SEGURO DE SALUD? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, suministre: NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE SALUD					
		FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA COBERTURA MM DD AAAA		NÚMERO DE PÓLIZA	
TIPO DE PLAN (HMO O PPO) SI LO SABE					
D2. ¿EL PACIENTE TIENE COBERTURA DE MEDICARE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
Si respondió que sí a alguna de las preguntas D1 o D2 anteriores, y la otra compañía de seguros es primaria, envíenos este formulario junto con (a) una copia de la Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) y (b) la(s) factura(s) detallada(s) correspondiente(s) a este reclamo.					

CERTIFICACIÓN

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa; o (2) con el fin de engañar, oculte información sobre algún dato sustancial, comete un acto fraudulento con respecto al seguro, que constituye un delito. Los residentes de los siguientes estados deben leer la última página de este formulario: Alaska, Arizona, California, Colorado, Distrito de Columbia, Florida, Kentucky, Maryland, Minnesota, New Jersey, New Mexico, New York, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island, Tennessee, Texas y Virginia. Certifique que la información suministrada es verdadera y correcta.

FIRMA DEL AFILIADO PRIMARIO X	FECHA MM DD AAAA
----------------------------------	---------------------

INSTRUCCIONES DE PAGO

Autorizo a Cigna a efectuar el pago directamente al profesional de atención médica que figura en las facturas adjuntas.

FIRMA DEL AFILIADO PRIMARIO X	FECHA MM DD AAAA
----------------------------------	---------------------

IMPORTANTE: Cuando el profesional de atención médica tenga un contrato con Cigna, Cigna siempre le pagará directamente al profesional de atención médica, aunque esta sección se deje sin firmar. Le pagamos al profesional de atención médica a la tarifa contratada. Si usted ya le pagó al profesional de atención médica por los servicios que recibió, debe pedirle a su profesional de atención médica que le reintegre el pago.

NOTA: Es posible que Cigna divulgue la información de este formulario a otras personas físicas y jurídicas, incluido su empleador (si recibe su cobertura a través de su empleador). Es posible que hagamos esto para procesar el reclamo o administrar el plan de salud.

**"Cigna HealthCare" se refiere a las distintas HMO subsidiarias de Cigna Health Corporation. Si está inscrito en un plan HMO de Cigna, podrá encontrar detalles completos en los documentos de su plan o en la Evidencia de cobertura.

"Cigna" es una marca de servicio registrada, y el logo "Tree of Life" es una marca 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, y no por Cigna Corporation. Dichas subsidiarias operativas incluyen a Connecticut General Life Insurance Company, Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna Health Management, Inc. y HMO subsidiarias de Cigna Health Corporation.

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR UN RECLAMO

¡MORTANTE

1. **Use este formulario para todos los planes médicos.** Puede encontrar formularios de reclamos Dentales y de Farmacia en mycigna.com. Ingrese en: *Review My Coverage* (Revisar mi cobertura)>*Dental or Pharmacy* (Dental o de Farmacia)>*Related Links* (Vínculos relacionados).
2. Solamente debe completar este formulario si su profesional de atención médica no presenta el reclamo en su nombre. Aunque no sea parte de la red de Cigna (fuera de la red), su profesional de atención médica de todos modos puede presentar el reclamo en su nombre.
3. Si recibió este formulario de reclamo electrónicamente, haga clic a la derecha de cada campo y escriba la información. Cuando haya terminado, recuerde hacer clic en el botón "Borrar campos" en la parte inferior de la página 1 después de imprimir el formulario completado.
4. Si completa el formulario a mano, use un formulario impreso nuevo, en lugar de una fotocopia. De esa forma podremos escanear su formulario y procesar el reclamo sin demoras. Escriba claramente en letra de molde, con tinta negra.
5. Debemos recibir su reclamo dentro de los 180 días de la fecha en que recibió el servicio, a menos que su plan o las leyes estatales permitan más tiempo.
6. Use un formulario de reclamo separado para cada profesional de atención médica y para cada miembro de su familia. Puede obtener un nuevo formulario en blanco ingresando en www.cigna.com/customer-forms y haciendo clic en el vínculo *Medical Claim Form* (Formulario de reclamo médico) debajo de *Medical Forms* (Formularios médicos) o llamando a Servicio al cliente al número gratuito que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.
7. Para procesar su reclamo, necesitamos su número de identificación (Sección para afiliados primarios, Bloque D). Está en la parte de delante de su tarjeta de identificación de Cigna. Podría ser el mismo que su Número del Seguro Social.
8. Necesitamos una factura detallada para procesar el reclamo correctamente. No podemos aceptar recibos, estados de saldo adeudado ni cheques cancelados en lugar de la factura detallada.
9. Las facturas detalladas deben incluir:

Nombre del afiliado primario	Nombre/credenciales del profesional de atención médica
Fecha del servicio (mm/dd/aaaa)	Dirección del profesional de atención médica
Nombre del paciente	Número de identificación fiscal del profesional de atención médica
Tipo de servicio/código de procedimiento	Código de diagnóstico (formato ICD)
Cargo por el servicio	
10. Sugerimos que haga una copia de su(s) factura(s) y su formulario de reclamo completado para sus archivos.
11. **Importante:** Pagamos los reclamos cubiertos directamente a cualquier profesional de atención médica que tenga un contrato con Cigna. Solamente le enviamos el pago a usted cuando:
 - el profesional de atención médica no tiene un contrato con Cigna o
 - usted deja en blanco la sección de instrucciones de pago.Nos reservamos el derecho de solicitar otros documentos, como registros médicos, si los necesitamos antes de procesar su reclamo.
12. Si el paciente tiene otra cobertura de seguro de salud, y ese otro es el seguro primario, y el de Cigna, el secundario, necesitaremos una Explicación de beneficios (EOB) de la otra compañía de seguros para este servicio cuando envíe el formulario completado y la factura detallada.

INSTRUCCIONES DE ENVÍO POR CORREO

- Si envía un reclamo, no engrape las facturas al formulario de reclamo ni use un sujetapapeles.
- Si envía más de un reclamo en el mismo sobre, use un sujetapapeles para unir el formulario de reclamo y las facturas detalladas.
- Envíe su formulario de reclamo **completado** y las facturas detalladas a la **dirección de Cigna** que figura en su tarjeta de identificación.

Si tiene alguna otra pregunta, comuníquese con Servicio al cliente al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS

Una vez que hayamos procesado el reclamo, usted recibirá una Explicación de beneficios (EOB). La EOB explicará los cargos aplicados a su deducible (la cantidad que usted paga por los servicios cubiertos antes de que su plan comience a pagar) y los cargos que le adeude a su profesional de atención médica. Conserve su EOB en sus archivos en caso de que la necesite en el futuro.

Advertencia: toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra la compañía de seguros u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa; o (2) con el fin de engañar, oculte información sobre algún dato sustancial, comete un acto fraudulento con respecto al seguro.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS RECLAMOS

Residentes de Alaska: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de generar un perjuicio, fraude o engaño a una compañía de seguros, presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o que conduzca a engaño, podrá ser sometida a un proceso judicial en virtud de la ley estatal.

Residentes de Arizona: Para su protección, las leyes de Arizona exigen que la siguiente declaración aparezca en este formulario o lo acompañe. Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

Residentes de California: Para su protección, las leyes de California exigen que este párrafo aparezca en este formulario o lo acompañe. Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida será considerada culpable de cometer un delito y podrá ser multada o reclusa en la prisión estatal.

Residentes de Colorado: Es ilegal suministrar a sabiendas información o datos falsos, incompletos o que conduzcan a engaño a una compañía de seguros, con el fin de cometer fraude contra ella o intentar hacerlo. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación del seguro e indemnización por daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, suministre información o datos falsos, incompletos o que conduzcan a engaño al titular de una póliza o a la persona que presenta un reclamo, con el fin de cometer fraude contra dicho titular o dicha persona, o intentar hacerlo, con respecto a un arreglo negociado o laudo pagaderos con fondos del seguro, deberá denunciarse a la División de Seguros de Colorado del Departamento de Agencias Reguladoras.

Residentes del Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Suministrar información falsa o que conduzca a engaño a una aseguradora con el fin de cometer fraude contra dicha aseguradora u otra persona será considerado un delito. Las sanciones incluyen prisión o multas. Además, la aseguradora podrá negarse a brindar los beneficios del seguro si el solicitante suministró información falsa relacionada sustancialmente con un reclamo.

Residentes de Florida: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de generar perjuicio, fraude o engaño a cualquier aseguradora, presente un comprobante de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o que conduzca a engaño, es culpable de un delito grave de tercer grado.

Residentes de Kentucky: Toda persona que, a sabiendas y con intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona, presente un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún dato sustancial, comete un acto fraudulento con respecto al seguro, que constituye un delito.

Residentes de Maryland: Toda persona que presente a sabiendas O intencionalmente un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida o el pago de un beneficio, o que presente a sabiendas O intencionalmente información falsa en una solicitud de seguro será considerada culpable de cometer un delito y podrá ser multada o reclusa en prisión.

Residentes de Minnesota: Toda persona que presente un reclamo con la intención de cometer fraude o ayudar a cometer fraude contra una aseguradora será culpable de cometer un delito.

Residentes de New Jersey: Toda persona que presente a sabiendas un comprobante de reclamo que contenga información falsa o que conduzca a engaño está sujeta a sanciones penales y civiles.

Residentes de New Mexico: Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida o el pago de un beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro será considerada culpable de cometer un delito y podrá estar sujeta a sanciones penales y civiles.

Residentes de New York: Toda persona que, a sabiendas y con intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún dato sustancial, comete un acto fraudulento con respecto al seguro, que es un delito, y además estará sujeta a una sanción civil que no podrá exceder de \$5,000 y el valor declarado del reclamo correspondiente a cada una de las violaciones de tal naturaleza.

Residentes de Oregon: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa; o (2) con el fin de engañar, oculte información sobre algún dato sustancial, podrá haber cometido un acto fraudulento con respecto al seguro.

Residentes de Pennsylvania: Toda persona que, a sabiendas y con intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún dato sustancial, comete un acto fraudulento con respecto al seguro, que constituye un delito, y estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Residentes de Rhode Island: Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida o el pago de un beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro será considerada culpable de cometer un delito y podrá ser multada o reclusa en prisión.

Residentes de Tennessee: Suministrar a sabiendas información falsa, incompleta o que conduzca a engaño a una compañía de seguros, con el fin de cometer fraude contra ella, será considerado un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Residentes de Texas: Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida será considerada culpable de cometer un delito y podrá ser multada o reclusa en la prisión estatal.

Residentes de Virginia: Toda persona que, con la intención de cometer fraude, o sabiendo que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o realice un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, podrá haber incurrido en violación de la ley estatal.