



INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Número de ID (el que aparece en el frente de tu tarjeta de ID de Cigna Healthcare) _____

Nombre y apellido del miembro: _____

Fecha de nacimiento del miembro: Mes _____ Día _____ Año _____

Sexo del miembro: Masculino Femenino

Teléfono para comunicarse durante el día: _____

Tú eres: El miembro o Representante del beneficiario

Si eres representante del beneficiario, por favor incluye el formulario de Nombramiento de representante (AOR, por sus siglas en inglés), el poder o el formulario de albacea testamentario según corresponda. El formulario de AOR puede verse en: www.cms.gov

MOTIVO DEL REEMBOLSO

Este formulario de reclamo puede usarse para solicitar el reembolso de los gastos cubiertos. Puedes elegir los motivos que aparecen abajo para contarnos más acerca de tu solicitud.

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No usé mi tarjeta de identificación médica <input type="checkbox"/> Estaba esperando una referencia o autorización médica (determinación de la organización) <input type="checkbox"/> Viaje fuera del país/crucero <input type="checkbox"/> Proveedor no participante/fuera del estado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Equipo médico duradero <input type="checkbox"/> Examen de la vista, anteojos o lentes de contacto <input type="checkbox"/> Aparatos auditivos <input type="checkbox"/> Accidente o enfermedad ocupacionales <input type="checkbox"/> Lesión debido a un accidente automovilístico <p>Fecha del accidente o comienzo de la enfermedad Mes _____ Día _____ Año _____</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mi cobertura primaria es con otra aseguradora. Nombre del otro plan de seguro de salud: _____ Número de póliza: _____ Fecha de entrada en vigor de la cobertura Mes _____ Día _____ Año _____ Incluye cualquier información adicional o motivo de los servicios prestados para ayudarnos a evaluar mejor tu solicitud: _____ _____ _____ _____ _____ _____
--	--

Formulario de reembolso directo al miembro para Cigna Healthcare AZ

INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO MÉDICO

Envía una copia de la factura del proveedor, tu recibo por el pago en efectivo, o el recibo o cupón de la tarjeta de crédito (si pagaste con tarjeta de crédito) para demostrar que pagaste tus servicios médicos

Fecha del servicio:	Descripción del servicio:
Nombre del proveedor:	Monto pagado:
Dirección del proveedor:	Número de teléfono del proveedor:
Fecha del servicio:	Descripción del servicio:
Nombre del proveedor:	Monto pagado:
Dirección del proveedor:	Número de teléfono del proveedor:

CERTIFICACIÓN DEL MIEMBRO

Manifiesto que la información del Miembro ingresada en este formulario es correcta y que el Miembro nombrado ha recibido el servicio que se describe. Autorizo a divulgar toda la información relativa a este reclamo al administrador del plan o las personas que designe. 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 contra el seguro, que es un delito.

Firma del miembro: _____ Fecha _____

Representante del beneficiario: _____ Fecha _____

Formulario de reembolso directo al miembro para Cigna Healthcare AZ

LISTA DE CONTROL DE INSTRUCCIONES

1. Completa todas las secciones de este formulario en su totalidad.
2. Firma y fecha la Certificación del miembro
3. Una copia del comprobante de pago o el recibo que incluya una cuenta detallada
4. Si estás presentando esta solicitud a nombre de otra persona, por favor incluye el formulario de Nombramiento de representante (AOR, por sus siglas en inglés), el poder o el formulario de albacea testamentario según corresponda.
5. Si necesitas ayuda para completar este formulario, comunícate con 1.800.627.7534.
7. Haz copias de los recibos de tus recetas y guarda una copia para tus registros.
8. Envía tu solicitud a:
Cigna Healthcare
Attn: DMR
PO Box 38639
Phoenix, AZ 85063-8639

Una vez que procesemos tu solicitud, recibirás una Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés). En la EOB encontrarás una explicación de los cargos que se aplicaron a tus servicios cubiertos y los cargos que le adeudes al profesional de cuidado de la salud, si corresponde. El procesamiento del reclamo demora 30 días.

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group. Los nombres, los logotipos y las marcas de Cigna, incluidas THE CIGNA GROUP y CIGNA HEALTHCARE, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.