

Formulario de reclamo de Cigna Vision



IMPORTANTE: Este formulario de reclamo es para los suscriptores y dependientes cubiertos que reciben servicios de proveedores fuera de la red de Cigna Vision. Si su plan permite que un proveedor no participante acepte una asignación, el proveedor debe enviar un formulario CMS-1500 completado (también conocido como formulario HCFA-1500) a Cigna Vision, a la dirección que se indica abajo. Si usted recibe servicios de un proveedor participante, no es necesario un formulario de reclamo. Lea las siguientes instrucciones cuidadosamente, porque si el reclamo es incorrecto, está incompleto o es ilegible, el pago podría demorarse o rechazarse.

1. Ingrese toda la información solicitada en las secciones “Información sobre el paciente” e “Información sobre el suscriptor”. Es posible que los reclamos se demoren si falta información.
2. Si tiene otro seguro, envíe la Explicación de beneficios, si corresponde, que haya recibido de su otro proveedor de seguros.
3. Ingrese el nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor de servicios en la sección “Información sobre el proveedor”.
4. **Adjunte recibos detallados originales que incluyan un desglose de los servicios y/o materiales que recibió, incluido el tipo de lente; por ejemplo, monofocal, bifocal o trifocal, si corresponde.**
5. Firme y feche el formulario de reclamo. *El envío de este formulario de reclamo no garantiza el pago de los servicios.*

Envíe el formulario de reclamo completado por correo postal a: Cigna Vision Claims
P.O. Box 495918
Cincinnati, OH 45249

Si es un suscriptor o el dependiente de un suscriptor y tiene alguna pregunta, llame al 1-877-478-7557.
Si es un proveedor y tiene alguna pregunta, llame al 1-877-478-7557.

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE (Obligatorio)

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL 2.º NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN O SSN
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	N.º DE TELÉFONO ()
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	RELACIÓN CON EL SUScriptor <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro		CONDICIÓN DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo	
INDICAR SI LA AFECCIÓN DEL PACIENTE ESTÁ RELACIONADA CON: <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Accidente automovilístico <input type="checkbox"/> Otro accidente			INDICAR SI HAY OTRO PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si responde que sí, complete con la información del otro seguro.</i>		

INFORMACIÓN SOBRE EL SUScriptor (Obligatorio)

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL 2.º NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN O SSN
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	N.º DE TELÉFONO ()
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NOMBRE DEL EMPLEADOR			
NOMBRE DEL PLAN DE SEGUROS				NÚMERO DE GRUPO DEL SUScriptor	

SOLICITUD DE REEMBOLSO. Ingrese la cantidad cobrada. **RECUERDE INCLUIR EL RECIBO PAGADO.**

EXAMEN \$ _____	MARCO \$ _____	LENTES \$ _____	LENTES DE CONTACTO \$ _____
SI COMPRÓ LENTES, MARQUE EL TIPO: <input type="checkbox"/> Monofocales <input type="checkbox"/> Bifocales <input type="checkbox"/> Trifocales <input type="checkbox"/> Progresivos		FECHA DE SERVICIO: _____/_____/_____	

INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR (Obligatorio)

NOMBRE DEL PROVEEDOR			N.º DE TELÉFONO ()	
DIRECCIÓN	CIUDAD ESTADO		CÓDIGO	CÓDIGO POSTAL

ADVERTENCIA SOBRE FRAUDE: Toda persona que presente a sabiendas un comprobante de reclamo que contenga declaraciones falsas o información falsa, incompleta o que conduce a engaño puede ser considerada culpable de un delito punible en virtud de la ley y puede estar sujeta a multas civiles.

Firma del paciente o la persona autorizada: Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo que sea necesaria para procesar este reclamo. Al firmar a continuación, dejo constancia de que he leído la Advertencia sobre fraude que corresponde, incluida en la parte de atrás de este formulario.

Firma _____ Fecha _____

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. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.

Advertencia: 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.

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 recluida 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 conduce 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 recluida 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 Nuevo Hampshire: Cualquier persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a enjuiciamiento y castigo por fraude de seguros, según lo dispuesto en RSA 638:20.

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 recluida 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 recluida 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.