

Solicitud de apelación del asegurado



Una apelación es una solicitud para cambiar una decisión adversa previa tomada por Cigna. Usted o su representante (incluido un médico en su nombre) podrán apelar la decisión adversa relativa a su cobertura.

PASO 1:

Comuníquese con el departamento de Servicio al cliente de Cigna al número de teléfono gratuito que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación, para revisar cualquier determinación adversa con respecto a la cobertura/reducción de pagos. Es posible que podamos resolver su problema rápidamente fuera del proceso de apelación formal. Si un representante de Servicio al cliente no puede cambiar la decisión inicial con respecto a la cobertura, le informará sobre su derecho a solicitar una apelación.

PASO 2:

Complete y envíe por correo este formulario o carta de apelación junto con cualquier documentación respaldatoria a la dirección identificada a continuación. Una preparación completa y precisa de su apelación nos ayudará a realizar una revisión exhaustiva y a tiempo. En la mayoría de los casos, su apelación debe presentarse dentro de los 180 días de la decisión, pero su plan de beneficios específico puede permitirle un período más prolongado.

Usted recibirá una decisión sobre la apelación por escrito.

LAS SOLICITUDES DE APELACIÓN DEBEN INCLUIR:

1. Si presenta una carta sin una copia del formulario de Apelación del afiliado, especifique en su carta que se trata de una "Apelación del afiliado". Incluya toda la información que se solicita en este formulario.
2. Una copia del reclamo original y la explicación del pago (EOP, por sus siglas en inglés), la explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) o la carta de decisión adversa inicial, si corresponde.
3. Cualquier documentación que respalde su apelación. Para las decisiones adversas basadas en la ausencia de necesidad médica, la documentación adicional puede incluir una constancia de su profesional de servicios de salud o centro médico que describa el servicio o el tratamiento y cualquier registro médico relevante.

Participante de Cigna (Apellido)		(Nombre)	(inicial del 2.º nombre)	N.º de identificación del participante	
Nombre del empleador			Número de cuenta (de la tarjeta de identificación de Cigna)		
Apellido del paciente		(Nombre)	(inicial del 2.º nombre)	Fecha de nacimiento	Estado de residencia
Nombre del profesional de servicios de salud o el centro médico			¿El profesional de servicios de salud tiene contrato? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fecha del servicio	Procedimiento/Tipo de servicio		Número de reclamo/Número de control del documento		
La apelación es presentada por: <input type="checkbox"/> Participante <input type="checkbox"/> Médico primario <input type="checkbox"/> Especialista/médico auxiliar <input type="checkbox"/> Centro médico <input type="checkbox"/> Otro representante (indique el parentesco con el participante): _____					
Nombre de la persona que completa el formulario				Fecha de hoy	
Firma					
Teléfono particular			Teléfono laboral		
¿Ya ha recibido servicios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, y si estos servicios requieren autorización previa, resolveremos su solicitud de apelación de cobertura lo más rápido posible, dentro de los 30 días calendario.					

"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 o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation. Consulte la tarjeta de identificación del miembro para saber qué subsidiaria asegura o administra su plan de beneficios.

Si su Plan lo permite, ¿es esta una solicitud de segunda apelación o revisión externa? Sí No

Marque la opción que mejor describa su apelación:

- Solicitud de cobertura dentro de la red
- Exclusión o limitación de cobertura
- Cantidad máxima reembolsable
- Denegación de centro médico para pacientes internados (nivel de atención, duración de la estadía)
- Denegaciones de códigos de procedimientos relacionados independientes uno del otro
- Reembolso adicional a su profesional de servicios de salud fuera de la red por un modificador de código de procedimiento
- Procedimiento experimental/en investigación
- Necesidad médica
- Presentación oportuna de un reclamo (sin prueba)
- Reducción de beneficios debido a la modificación de precios de procedimientos facturados (Viant, Beech Street, Multiplan, etc.)

Motivo por el que considera que la decisión adversa con respecto a la cobertura fue incorrecta y cuál cree que debería ser el resultado esperado. Como recordatorio, adjunte cualquier documentación respaldatoria (para denegaciones relacionadas con la necesidad médica, incluya documentación de registros médicos de su profesional de servicios de salud o centro médico).

Comentarios adicionales:

Consulte su tarjeta de identificación para determinar cuál de las direcciones que figuran a continuación debe usar para la apelación. Envíe por correo el Formulario de solicitud de apelación completado o la Carta de apelación **junto con toda la documentación respaldatoria** a la siguiente dirección:

Si la tarjeta de identificación indica: Cigna Network
Cigna Appeals Unit
P.O. Box 188011
Chattanooga, TN 37422-8011

Si la tarjeta de identificación indica: GW - Cigna Network
Cigna Appeals Unit
P.O. Box 188062
Chattanooga, TN 37422-8062

Si la tarjeta de identificación indica: Cigna-HealthSpring
AZ Medicare Appeals Unit
25500 N Norterra Dr., Bldg. B
Phoenix, AZ 85085-8200

IMPORTANTE: Esta dirección es únicamente para apelaciones de denegaciones de cobertura. Cualquier otra solicitud que se envíe a esta dirección se reenviará a la ubicación de Cigna apropiada, lo que puede provocar una demora en el manejo de su solicitud o el procesamiento de su reclamo.