

Evernorth Behavioral Health  
Central Appeals Unit  
P.O. Box 188064  
Chattanooga, TN 37422  
[www.Evernorth.com](http://www.Evernorth.com)

---

### Guía para solicitar una apelación

---

Una apelación es una solicitud para cambiar una decisión adversa anterior tomada por Evernorth Behavioral Health. 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 al número de teléfono gratuito que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de ID 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 y/o una carta de apelación, junto con cualquier documentación de respaldo, a la dirección identificada a continuación. Para que su solicitud de apelación se procese rápido, consulte la última carta de denegación que recibió para asegurarse de enviar su apelación a la dirección correcta. La preparación completa y exacta de su apelación nos ayudará a realizar una revisión oportuna y exhaustiva. En la mayoría de los casos, su apelación debe presentarse dentro de los 180 días, pero su plan de beneficios específico puede permitirle un plazo más prolongado.

Usted recibirá una decisión sobre la apelación por escrito.

---

### Las solicitudes de apelación deben incluir:

1. Este formulario completo y/o una carta de apelación para solicitar la revisión, donde se indiquen los motivos por los que usted considera que la decisión adversa es incorrecta y debería modificarse. Si envía una carta, 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 inicial adversa, si corresponde.
  3. Cualquier documentación que respalde su apelación. Para las decisiones adversas basadas en la falta de necesidad médica, la documentación adicional puede incluir una declaración de su proveedor o centro de cuidado de la salud que describa el servicio o el tratamiento, los registros médicos aplicables y/o notas sobre la evolución.
- 

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ N.º de ID del participante: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor o el centro de cuidado de la salud: \_\_\_\_\_

Fecha(s) del servicio: \_\_\_\_\_

N.º de ID del reclamo, documento o problema: \_\_\_\_\_

Procedimiento/tipo de servicio: \_\_\_\_\_

**La apelación es presentada por:**

Participante/familiar       Proveedor de cuidado de la salud

Nombre de la persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_

Negocio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Teléfono (particular): \_\_\_\_\_

Indique si los servicios ya se recibieron:  Sí  No

Indique si es una segunda apelación:  Sí  No

**Marque la opción que mejor describa su apelación:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Solicitud de cobertura dentro de la red   | <input type="checkbox"/> Procedimiento experimental/en investigación |
| <input type="checkbox"/> Exclusión o limitación de cobertura   | <input type="checkbox"/> Necesidad médica                            |
| <input type="checkbox"/> Controversia respecto del pago (copago, deducible, cantidad máxima reembolsable, tarifa contratada) | <input type="checkbox"/> Presentación oportuna del reclamo           |

**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. Le recordamos que adjunte cualquier documentación de respaldo (para denegaciones relacionadas con la necesidad médica, incluya documentación de registros médicos de su proveedor o centro de cuidado de la salud).**

Envíe por correo el Formulario de solicitud de apelación completado o la carta de apelación, junto **con toda la documentación de respaldo a:**

Evernorth Behavioral Health  
Central Appeals Unit  
P.O. Box 188064  
Chattanooga, TN 37422

**Importante:** Esta dirección es únicamente para apelaciones. Cualquier otra solicitud que se envíe a esta dirección se reenviará al lugar apropiado, lo que puede provocar una demora en el manejo de su solicitud o el procesamiento de su reclamo.

Si el proveedor/centro que prestó el servicio enviará información clínica adicional, proporcione la carátula de Apelaciones de servicios de salud del comportamiento que se muestra a continuación.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, que incluyen a Cigna Health Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc. y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation. El nombre de Cigna, el logotipo, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.