



Solicitud de apelación del cliente

Una apelación es una solicitud para cambiar una decisión adversa anterior tomada por Cigna. Usted o su representante (también puede ser un(a) médico/a en su nombre) puede apelar la decisión adversa relacionada con su cobertura.

PASO 1:

Llame al Departamento de Servicio al Cliente de Cigna al número gratuito que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para hacer una revisión de cualquier determinación adversa de cobertura/reducción de pago. Quizá podamos resolver su problema rápidamente sin el proceso de apelación formal. Si un representante de Servicio al Cliente no puede cambiar la decisión de cobertura inicial, le informará sobre su derecho a solicitar una apelación.

PASO 2:

Complete y envíe por correo este formulario y/o carta de apelación junto con cualquier documentación de respaldo a la dirección que se indica a continuación. Una preparación completa y precisa de su apelación nos ayudará a llevar a cabo una revisión oportuna y exhaustiva. En la mayoría de los casos, su apelación debería presentarse en un plazo de hasta 180 días, pero su plan de beneficios en particular quizá permita un período más largo.

Recibirá una decisión sobre la apelación por escrito.

LAS SOLICITUDES DE APELACIÓN DEBEN INCLUIR LO SIGUIENTE:

1. Si envía una carta sin una copia del formulario de Apelación del cliente, indique en su carta que se trata de una "Apelación del cliente". Incluya toda la información que se solicita en este formulario.
2. Una copia del reclamo original y la Explicación de pago (EOP, por sus siglas en inglés), Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) o la carta de decisión adversa original, si corresponde.
3. Toda documentación que respalde su apelación. En el caso de decisiones adversas basadas en la falta de necesidad médica, la documentación adicional puede incluir una declaración de su profesional o instalación de cuidado de la salud que describa el servicio o tratamiento y cualquier registro médico que corresponda.

Nombre del participante de Cigna (apellido)		(Primer nombre)	(Inicial del 2.º nombre)	N.º de id. del participante	
Nombre del empleador			Número de cuenta (de la tarjeta de identificación de Cigna)		
Apellido del paciente		(Primer nombre)	(Inicial del 2.º nombre)	Fecha de nacimiento	Estado de residencia
Nombre del profesional o de la instalación de cuidado de la salud				¿El profesional de cuidado de la salud es contratado?	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha de servicio	Procedimiento/tipo de servicio			Número de reclamo/número de control de documento	
Persona que presenta la apelación:					
<input type="checkbox"/> Participante <input type="checkbox"/> Médico/a de cuidado primario <input type="checkbox"/> Médico/a especialista/auxiliar					
<input type="checkbox"/> Instalación de cuidado de la salud Otro representante <input type="checkbox"/> (Indique relación con el participante):					
Nombre de la persona que completa el formulario					Fecha de hoy
Firma					
N.º de tel. particular			N.º de tel. laboral		
¿Ya ha recibido servicios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si no los ha recibido, y estos servicios requieren autorización previa, tomaremos una decisión sobre su solicitud de apelación de cobertura lo más rápido posible, en el plazo de hasta 30 días calendario.					

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group. Dichas subsidiarias operativas incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna Health Management, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Direct Health, LLC y HMO o subsidiarias de compañías de servicios de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc..

© 2024 Cigna Healthcare

924897SP 05/2024



Si su plan lo permite, ¿se trata de una segunda apelación o de una solicitud de revisión externa?

- Sí No

Marque la opción que mejor describa su apelación:

- Solicitud de cobertura dentro de la red
- Exclusión o limitación de cobertura
- Médico/a especialista/auxiliar
- Denegación de instalación para pacientes internados (nivel de la atención, duración de la estancia)
- Denegaciones de códigos de procedimientos incidentales y mutuamente excluyentes
- Reembolso adicional a su profesional de cuidado de la salud fuera de la red por un modificador de código de procedimiento
- Procedimiento experimental/de investigación
- Necesidad médica
- Presentación oportuna de reclamos (sin comprobantes)
- Beneficios reducidos por cambio de precio de procedimientos facturados (Viant, Beech Street, Multiplan, etc.)

Razón por la que cree que la decisión adversa de cobertura fue incorrecta y cuál cree que debería ser el resultado. Le recordamos que debe adjuntar cualquier documentación de respaldo (para denegaciones relacionadas con necesidades médicas, incluya documentación de registros médicos de su profesional o instalación de cuidado de la salud).

Comentarios adicionales:

Consulte su tarjeta de identificación para determinar la dirección de apelación que debe utilizar más abajo. Envíe por correo el formulario de Solicitud de apelación o la Carta de apelación completos **junto con toda la documentación de respaldo** a la siguiente dirección:

Si la tarjeta de identificación indica lo siguiente:
Cigna Network

Cigna Appeals Unit
P.O. Box 188011
Chattanooga, TN 37422-8011

Si la tarjeta de identificación indica lo siguiente: **GW - Cigna o 'G' en el frente**

Cigna Appeals Unit
P.O. Box 188062
Chattanooga, TN 37422-8062

Si la tarjeta de identificación indica lo siguiente:
Cigna-HealthSpring

AZ Medicare Appeals Unit
25500 N Norterra Dr., Bldg. B
Phoenix, AZ 85085-8200

IMPORTANTE: Esta dirección es exclusivamente para apelaciones de denegaciones de cobertura. Cualquier otra solicitud enviada a esta dirección se reenviará a la ubicación correspondiente de Cigna, lo que puede provocar un retraso en la gestión de su solicitud o en el procesamiento de su reclamo.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group. Dichas subsidiarias operativas incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna Health Management, Inc., Evernorth Behavioral Health, Inc., Evernorth Care Solutions, Inc., Evernorth Direct Health, LLC y HMO o subsidiarias de compañías de servicios de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc..

© 2024 Cigna Healthcare

924897SP 05/2024