

Formulario de reclamo para solicitud de reembolso del miembro inscrito



MOTIVO DEL REEMBOLSO

Puede usar este formulario de reclamo para solicitar el reembolso de gastos cubiertos. Puede elegir uno de los motivos enumerados abajo para contarnos más acerca de su solicitud. Tenga en cuenta que, para recibir un reembolso, no se requiere usar un formulario de reclamo como este Formulario de reclamo para solicitud de reembolso del miembro inscrito.

- No usé mi tarjeta de identificación médica
- Proveedor no participante (*explicar*)

- Cuidado de la vista Aparatos auditivos
- La cobertura primaria que tiene es de otra compañía de seguros. Proporcione la explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) o la carta de denegación de la compañía de seguros primaria

- Estaba esperando una referencia o aprobación médica
- Viaje fuera del país
- Otro

Explicación: _____

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Número de ID (el que figura en el frente de su tarjeta de identificación de Medicare Advantage):

Nombre del miembro: _____ Sexo del miembro: Masculino Femenino

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

Número de teléfono durante el día: _____

Usted(es) es/son: El miembro o Los representantes del beneficiario

Si ustedes son los representantes del beneficiario, por favor incluyan 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/medicare/cms-Forms/downloads/cms1696.pdf

CERTIFICACIÓN DEL MIEMBRO

Manifiesto que la información del miembro ingresada en este formulario es correcta, que el miembro nombrado cumple con los requisitos para recibir los beneficios y que ha recibido el servicio que se describe. Además, manifiesto que el tratamiento recibido no está destinado a tratar una lesión laboral. Asimismo, autorizo la divulgación de toda la información relativa a este reclamo al administrador del plan o a las personas que él 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 con respecto al seguro, que constituye un delito.

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Representantes del beneficiario: (Si corresponde) _____ Fecha: _____

Formulario de reclamo para solicitud de reembolso del miembro inscrito



INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO MÉDICO

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

INSTRUCCIONES

1. Complete todas las secciones de este formulario en su totalidad. Envíe un formulario por separado para cada solicitud.
2. Firme y feche la Certificación del miembro en el área que se incluye.
3. Si no tiene un recibo detallado de cada servicio relacionado con su solicitud, puede pedirle a su médico o proveedor que le dé un recibo de reemplazo o una copia impresa del registro de paciente. El recibo debe mostrar la constancia de pago.
4. Si está presentando esta solicitud por una persona que no es usted, por favor incluya el formulario de Nombreamiento 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/medicare/cms-Forms/downloads/cms1696.pdf
5. Los reclamos que no tengan toda la información podrían denegarse. Recuerde enviar recibos detallados o una copia impresa de la factura. Tenga en cuenta que no se aceptan recibos de caja solos.
6. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con Servicio al Cliente.
7. Incluya cualquier receta que tenga relacionada con esta solicitud. Haga una copia de los recibos de sus recetas. Conserve una copia para sus registros.
8. Debe enviar su solicitud a: Cigna-HealthSpring Attn: Claims P.O. Box 20002 Nashville, TN 37202-9640.
9. ¿Tiene preguntas? Llame al número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de identificación.

Formulario de reclamo para solicitud de reembolso del miembro inscrito



10. Aquí puede incluir cualquier información que considere que pueda ayudarnos a revisar mejor su solicitud:

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, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Tennessee, Inc., HealthSpring of Alabama, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc. y Bravo Health Pennsylvania, Inc. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato.