

Formulario de reclamación de Cigna Vision (Spanish Cigna Vision Claim Form)



IMPORTANTE: Este formulario de reclamación está dirigido a 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 la asignación, el proveedor debe someter un formulario CMS-1500 (también conocido como formulario HCFA-1500) debidamente completado a Cigna Vision a la dirección que aparece a continuación. Si usted recibe servicios de un proveedor participante, no necesita un formulario de reclamación. Lea las siguientes instrucciones cuidadosamente, ya que las reclamaciones incorrectas, incompletas o ilegibles pueden ocasionar que el pago de la reclamación se demore o sea rechazado.

1. Anote toda la información solicitada en las secciones Información del Paciente (*Patient Information*) e Información del Suscriptor (*Subscriber Information*). Las reclamaciones podrían demorarse si falta información.
2. Si tiene otro seguro, adjunte la Explicación de Beneficios (*Explanation of Benefits*), si hubiese una, de su otro proveedor de seguro.
3. Anote el nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor de servicios en la sección titulada Información del Proveedor (*Provider Information*).
4. **Adjunte los originales de los recibos detallados que incluyan un desglose de los servicios y/o materiales que recibió incluyendo el tipo de lentes - por ejemplo, visión sencilla, bifocales o trifocales - si corresponde.**
5. Firme y anote la fecha en el formulario de reclamación. *La presentación de este formulario de reclamación no garantiza el pago de los servicios.*

Envíe el formulario de reclamación completado a: Cigna Vision
P.O. Box 385018
Birmingham, AL 35238-5018

Si usted es un suscriptor o dependiente de un suscriptor y tiene cualquier pregunta, por favor, llame al 1-877-478-7557.

Si usted es un proveedor y tiene cualquier pregunta, por favor, llame al 1-877-478-7557.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Mandatoria)

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN O SSN	
DIRECCIÓN			CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO ()
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	PARENTESCO CON EL SUSCRIPTOR <input type="checkbox"/> Yo mismo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro			ESTADO DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo		
LA CONDICIÓN DEL PACIENTE ESTÁ RELACIONADO CON: <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Accidente automovilístico <input type="checkbox"/> Otro accidente				¿TIENE OTRO PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si lo tiene, llene la sección de Información del Otro Seguro.</i>			

INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR (Mandatoria)

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

SOLICITUD DE REEMBOLSO - Por favor, anote la cantidad cobrada.

RECUERDE INCLUIR EL RECIBO DE PAGO.

EXAMEN \$ _____		MONTURA \$ _____		LENTES \$ _____		LENTES DE CONTACTO \$ _____	
SI SE COMPRARON LENTES, POR FAVOR, MARQUE EL TIPO DELENTE: <input type="checkbox"/> Sencillos <input type="checkbox"/> Bifocales <input type="checkbox"/> Trifocales <input type="checkbox"/> Progresivos				FECHA DE SERVICIO: ____ / ____ / ____			

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR (Mandatoria)

NOMBRE DEL PROVEEDOR					TELÉFONO ()		
DIRECCIÓN			CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

ADVERTENCIA SOBRE FRAUDE: La persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga representaciones equívocas o información falsa, incompleta o engañosa puede ser acusado de un acto ilegal penalizado por la ley y puede estar sujeto a penalidades civiles.

Firma del paciente o de la persona autorizada: Autorizo la divulgación de información médica u otra información necesaria para procesar esta reclamación. Mediante mi firma a continuación, confirmo que he leído las Declaraciones de Advertencia de Fraude (*Fraud Warning Statements*) en el reverso de este formulario.

Firmado _____ Fecha _____

"Cigna" es una marca de servicio registrada, y "Tree of Life", "Cigna Vision" y "CG Vision" son marcas de servicio, de Cigna Intellectual Property, Inc., cuyal 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, que incluyen a Connecticut General Life Insurance Company y Cigna Health and Life Insurance Company, y no por Cigna Corporation. En Arizona y Louisiana, el producto Cigna Vision se denomina CG Vision.

Advertencia: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra la 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 hecho material, 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 perjuicio, fraude o engaño a una compañía de seguros, presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o que conduce 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 conduce 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 y/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 delito en tercer grado.

Residentes de Kentucky: Toda persona que, a sabiendas y con la 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 hecho material, comete un acto fraudulento con respecto al seguro, que constituye un delito.

Residentes de Maryland: Toda persona que presente a sabiendas e intencionalmente un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas e 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 New Jersey: Toda persona que presente a sabiendas un comprobante de reclamo que contenga información falsa o que conduce 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 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 multas civiles y sanciones penales.

Residentes de New York: Toda persona que, a sabiendas y con la 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 hecho material, comete un acto fraudulento con respecto al seguro, que constituye un delito, y también estará sujeta a una sanción civil que no superará los \$5000 y el valor declarado del reclamo por cada violación de esta 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 hecho material, es posible que haya cometido un acto fraudulento con respecto al seguro.

Residentes de Pennsylvania: Toda persona que, a sabiendas y con la 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 hecho material, 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 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 cualquier aseguradora, presente una solicitud o realice un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, podrá haber incurrido en violación de la ley estatal.