

# Reembolso fuera de la red si no puede utilizar un proveedor dentro de la red

Utilice este formulario para solicitar un reembolso por su reclamación fuera de la red utilizando sus beneficios dentro de la red. Debe aplicarse una de las siguientes excepciones:

Desde la ubicación de su hogar o trabajo (oficina), no pudo:

1. Localizar un proveedor dentro de la red a una distancia razonable, considerando si vive en un área urbana, suburbana o rural;
2. Programar una visita con un proveedor dentro de la red dentro de los 30 días calendario o según lo exija la ley estatal (por ejemplo, dentro de los 15 días para los miembros de Connecticut); o
3. Acceder a un proveedor dentro de la red durante una emergencia declarada en el estado donde vive.

Si una de las tres excepciones anteriores se aplica a usted, puede completar este formulario en línea.

Por correo, puede imprimir, completar y firmar este formulario de reclamación. La dirección postal es:

Cigna Healthcare Claims Department  
c/o First American Administrators, Inc.  
Attn: OON Claims, P.O. Box 8504, Mason, OH 45040-7111

Tenga en cuenta que esta opción no está disponible cuando elige utilizar un proveedor fuera de la red debido a:

1. Su preferencia;
2. Cuando su agenda personal no le permite programar una cita con un proveedor disponible dentro de los 30 días calendario o según lo exige la ley estatal (por ejemplo, dentro de los 15 días para los miembros de Connecticut); o
3. Está fuera de su hogar o lugar de trabajo (oficina) por cualquier motivo que no sea una emergencia declarada.

NOTA: Cualquier persona que presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, es culpable de fraude de seguros.

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN 2: SOLICITUD DE EXCEPCIÓN

Marque sólo un motivo que corresponda. Si no proporciona la información solicitada para su selección, es posible que no califique para una excepción al requisito de utilizar proveedores de la red:

No pude localizar un proveedor dentro de la red dentro de una distancia razonable. Vivo o trabajo en el siguiente código postal:

**Código postal**

**Creo que mi zona es:**

Urbana

Suburbana

Rural

0 -----

No pude programar una visita con un proveedor dentro de la red dentro de los 30 días calendario o según lo exige la ley estatal (por ejemplo, dentro de los 15 días para los miembros de Connecticut). Proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor de la red que no pudo programar una cita dentro de los 30 días calendario o según lo exige la ley estatal:

**Nombre del proveedor**

**N.º de teléfono del proveedor** (000) 000-0000

**Dirección del proveedor**

**Ciudad**

**Estado**

**Código postal**

0 -----

No pude encontrar un proveedor dentro de la red durante el estado de emergencia que afectó a mi área. Proporcione el código postal de la emergencia y la fecha aproximada en que se declaró el estado de emergencia:

**Código postal**

**Mes/año de la emergencia declarada**



## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN 2: SOLICITUD DE EXCEPCIÓN

# Solicitud de reembolso

Indique el monto cobrado.<sup>†</sup> Recuerde incluir recibos de pago detallados.<sup>†</sup>

Tipo de servicio	Monto cobrado	Tipo de lente	Por favor, marque	Opciones de lentes: (si se compran)	Monto cobrado
<b>Examen</b> *92014*	\$	<b>Simple</b> *V2100*		<b>Antirreflejante</b> *V2750*	\$ <input type="text"/>
<b>Refracción</b> *92015*	\$	<b>Bifocales</b> *V2200*		<b>Policarbonato</b> *V2784*	\$ <input type="text"/>
<b>Armazón</b> *V2025*	\$	<b>Trifocales</b> *V2300*		<b>Rayones</b> *V2760*	\$ <input type="text"/>
<b>Lente de contacto</b> *S0500*	\$	<b>Progresivas</b> *V2781*		<b>Tintadas</b> *V2745*	\$ <input type="text"/>
<b>Ajuste de lentes de contacto</b> *92310*	\$	<b>Prog. Prem.</b> *V278126*		<b>UV</b> *V2755*	\$ <input type="text"/>
<b>Lentes</b>	\$	<b>Otro</b>	\$	<b>Redondeadas y polarizadas</b> *V2702*	\$ <input type="text"/>

Indique el monto total pagado como se muestra en el recibo, sin incluir el impuesto a las ventas<sup>†</sup>

\$

Certifico que he leído las [advertencias estatales sobre fraude](#). Si quiero una copia impresa, puedo comunicarme con el centro de atención al cliente. Entiendo que se me puede negar el reembolso si no soy elegible para recibir beneficios fuera de la red o si no proporciono la información solicitada para la reclamación. Autorizo a cualquier compañía de seguros, organización empleadora, oftalmólogo, optometrista y óptico a divulgar cualquier información con respecto a esta reclamación. Estoy de acuerdo con todas las declaraciones anteriores y certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.

**Firma del cliente/tutor/paciente** (no menor de edad)<sup>†</sup>

**Fecha**

<sup>†</sup>Obligatorio

Los productos y servicios de Cigna Healthcare son proporcionados exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, incluido Cigna Health and Life Insurance Company (Bloomfield, CT), o sus afiliados. En Utah, se ofrece/asegura a través de Cigna Health and Life Insurance Company. El nombre y el logotipo de Cigna Healthcare y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.