

Reclamaciones fuera de la red si tiene beneficios fuera de la red

Utilice este formulario si recibe servicios oftalmológicos de un proveedor de atención oftalmológica fuera de la red y tiene beneficios fuera de la red. Si su plan no incluye beneficios fuera de la red, consulte el formulario de Excepciones de la red, formulario de reclamación 2, para obtener instrucciones de procesamiento por separado.

Para solicitar un reembolso, complete y firme el formulario de reclamación detallado. Devuelva el formulario completo y sus recibos de pago detallados a:

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

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.

Apellido del paciente[†]	Nombre del paciente[†]	Inicial segundo nombre
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)[†]	Dirección[†]	
Ciudad[†]	Estado[†]	Código postal[†]
N.º de identificación de cliente del paciente	Relación con el suscriptor[†]	
	Yo mismo	Dependiente

[†]Obligatorio

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN 1: REEMBOLSO POR BENEFICIO FUERA DE LA RED

Apellido del suscriptor[†] **Nombre del suscriptor[†]** **Inicial
segundo nombre**

**Fecha de nacimiento
(MM/DD/AAAA)[†]** **Dirección[†]**

Ciudad[†] **Estado[†]** **Código postal[†]**

Nombre del plan oftalmológico **Fecha de servicio[†] (MM/DD/AAAA)**
Cigna Healthcare

N.º de grupo del plan oftalmológico **N.º de identificación de cliente del suscriptor**

Proveedor o minorista donde el paciente recibió los servicios

Nombre del proveedor[†] **NPI del proveedor**

Dirección del proveedor[†]

Ciudad[†] **Estado[†]** **Código postal[†]**

[†]Obligatorio

Solicitud de reembolso

Indique el monto cobrado.† Recuerde incluir recibos de pago detallados.†

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

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

\$

Certifico que he leído las [advertencias estatales sobre fraude](#). Si quiero una copia impresa, puedo comunicarme con el centro de atención al cliente al 1.888.353.2653. 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)†

Fecha

†Obligatorio