



Formulario de reembolso por servicios dentales de Medicare Advantage

Este formulario es para solicitar el reembolso por servicios dentales que recibió y pagó de su bolsillo. Deberá completar la siguiente información y enviar este formulario por correo, junto con el comprobante de pago/recibo y una constancia detallada. Su dentista debería proporcionarle el comprobante de pago/recibo y una constancia detallada cuando usted los solicite.

Asegúrese de que la constancia detallada incluya:

- Fecha del servicio
- Nombre del proveedor de servicios dentales
- Cantidad pagada por los servicios
- Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA, por sus siglas en inglés) y/o descripción de los servicios brindados

Debe enviar su formulario completado y firmado, el comprobante de pago y la constancia detallada a una de las siguientes direcciones según su beneficio dental. Llámenos al número que aparece a continuación o use su tarjeta de ID de Cigna Healthcare para buscar su beneficio dental. Una vez que hayamos recibido su formulario, el procesamiento puede demorar hasta 60 días.

Para los planes Dental Allowance de Cigna Healthcare, envíe la documentación por correo a:

Cigna Healthcare Dental – Reimbursement
PO Box 188037
Chattanooga, TN 37422-8037

Para los planes Dental DHMO de Cigna Healthcare, envíe la documentación por correo a:

Cigna Healthcare Dental – Reimbursement
PO Box 188045
Chattanooga, TN 37422-8045

Sección 1: Información del miembro (en letra de molde)

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento del miembro: _____

Número de ID del miembro de Cigna Healthcare: _____ Número de teléfono: _____

Dirección física: _____

Motivo de la presentación: _____

Sección 2: Información del proveedor de servicios dentales (en letra de molde)

Nombre del proveedor de servicios dentales (**NO** el nombre del consultorio): _____

Dirección del proveedor de servicios dentales: _____

NPI del proveedor de servicios dentales: _____

ID fiscal del proveedor de servicios dentales: _____

Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente de la cobertura dental de Cigna Healthcare al 1-866-213-7295 (TTY 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8.p.m., hora local, los siete días de la semana; y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8.p.m., hora local, de lunes a viernes.

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group. Los nombres, los logotipos y las marcas de Cigna, incluidas THE CIGNA GROUP y CIGNA HEALTHCARE, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.



Formulario de reembolso por servicios dentales de Medicare Advantage

Sección 3: Firma del miembro

Al firmar a continuación, certifico que la información precedente es verdadera, y que la información adjunta es correcta y no ha sido alterada. Certifico que estos gastos no han sido reembolsados previamente en el año de beneficios en curso y comprendo que el reembolso se realizará de acuerdo con los beneficios de mi plan.

Firma: _____ Fecha

Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente de la cobertura dental de Cigna Healthcare al 1-866-213-7295 (TTY 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8.p.m., hora local, los siete días de la semana; y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8.p.m., hora local, de lunes a viernes.

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group. Los nombres, los logotipos y las marcas de Cigna, incluidas THE CIGNA GROUP y CIGNA HEALTHCARE, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.