

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO DE BENEFICIOS DE INCENTIVOS AL BIENESTAR

Seguro por enfermedad crítica y de atención hospitalaria de Cigna

Su plan de seguros por enfermedad crítica y de atención hospitalaria de Cigna incluye un beneficio de incentivo al bienestar. Este beneficio se paga por cada persona cubierta que complete al menos un tratamiento de bienestar, un examen médico o un servicio de cuidado preventivo. Este beneficio tiene un límite de uno por año, por persona cubierta. Revise los materiales de su plan para obtener información sobre estas coberturas.

Cómo presentar un reclamo

Los reclamos deben presentarse lo antes posible. Los reclamos pueden enviarse de una de estas maneras.



Complete y presente su reclamo por teléfono

- › Llame al **800.754.3207** para hablar con uno de nuestros representantes de Servicio al Cliente exclusivos



Complete y presente su reclamo en línea

- › Visite el sitio web de Cigna [SuppHealthClaims.com](https://www.supphhealthclaims.com)



Complete y presente su reclamo por fax, correo electrónico o correo postal

- › **Descargue** un formulario de reclamo de examen médico y visita de bienestar en [Cigna.com/customerforms](https://www.cigna.com/customerforms)
- › **Envíe los documentos por fax** a nuestra línea de fax al **1.866.304.3001**
- › **Envíe los documentos escaneados por correo electrónico** a SuppHealthClaims@Cigna.com
- › **Envíe los documentos por correo postal** a
Cigna Supplemental Health Solutions
PO Box 188028
Chattanooga, TN 37422

Contigo paso a paso.®



Distribuido por: Subsidiarias operativas de Cigna Corporation. Los beneficios del seguro están asegurados por Cigna Health and Life Insurance Company, Life Insurance Company of North America o New York Life Group Insurance Company of NY, antes conocida como Cigna Life Insurance Company of New York.

¿Cuándo debo presentar mi reclamo?

Los reclamos deben presentarse lo antes posible después de completar su examen o prueba. Las disposiciones de las pólizas estándares exigen la notificación de los reclamos dentro de los 31 días siguientes a la visita. Los reclamos presentados fuera de estos plazos se evaluarán de todos modos teniendo en cuenta su puntualidad, pero deben presentarse dentro del año siguiente. Una vez que hayamos recibido la notificación del reclamo por teléfono o que hayamos recibido el formulario de reclamo por fax, correo electrónico o correo postal, podremos empezar a revisar y procesar el reclamo.

¿Qué información necesitaré?

Asegúrese de tener a mano esta información:

- › Información personal, como su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número del Seguro Social y dirección de correo electrónico¹
- › Información del empleo, como nombre del empleador, dirección de correo electrónico, fecha de contratación y cargo
- › Información de médicos y hospitales: nombre, dirección y número de teléfono del médico o centro que esté usando para este servicio
- › Tipo de examen o prueba que se haya realizado y fecha del servicio
- › Facturas médicas detalladas, si estuvieran disponibles

¿Qué sucede después de presentar mi reclamo?

Asignamos su reclamo a un administrador de reclamos designado. Si tiene alguna pregunta o necesita información adicional, se comunicará con usted o el proveedor para obtener la información necesaria.

¿Cuánto tiempo demora el procesamiento de mi reclamo?

Una vez que recibamos toda la información solicitada, pagaremos su reclamo rápidamente, en cuestión de días, no semanas.

Tenga en cuenta que el procesamiento del reclamo comienza cuando Cigna recibe toda la información.

¿Cómo se me notificará la decisión?

Si se aprueba el reclamo, recibirá una explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés).

Si se deniega el reclamo, recibirá una EOB o una carta en la que se le explicará por qué se denegó el reclamo y se incluirán instrucciones sobre cómo apelar la denegación.

¿Quién puede responder mis preguntas?

Los representantes de servicio al cliente están disponibles para responder cualquier pregunta que tenga; llame al **800.754.3207** entre las 7:00 a.m. y las 7:00 p.m., hora del Centro.



1. Para los dependientes, nombre, dirección, fecha de nacimiento y número del Seguro Social.

LAS PÓLIZAS COLECTIVAS POR LESIONES ACCIDENTALES, POR ENFERMEDAD CRÍTICA Y DE ATENCIÓN HOSPITALARIA SOLO PAGAN BENEFICIOS LIMITADOS. NO SON UNA COBERTURA DE SEGURO DE SALUD INTEGRAL NI CUBREN TODOS LOS GASTOS MÉDICOS. ESTA COBERTURA NO CUMPLE CON EL REQUISITO DE "COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA" NI DEL MANDATO INDIVIDUAL DE LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO (ACA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS). ESTA COBERTURA NO ES UN SEGURO COMPLEMENTARIO DE MEDICAID NI DE MEDICARE.

La disponibilidad de los productos puede variar según la ubicación y el tipo de plan, y está sujeta a cambios. Todas las pólizas de seguro colectivas y los planes de beneficios de salud colectivos pueden contener exclusiones, limitaciones, reducciones de beneficios y términos en virtud de los cuales es posible que continúe o se interrumpa la vigencia de la póliza o el plan. Para conocer los costos y los detalles de la cobertura, revise los documentos de su plan o comuníquese con un representante de Cigna.

Los planes o las pólizas de seguro por lesiones accidentales, por enfermedad crítica y de atención hospitalaria son distribuidos exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, son administrados por Cigna Health and Life Insurance Company y están asegurados por (i) Cigna Health and Life Insurance Company (Bloomfield, CT); (ii) Life Insurance Company of North America ("LINA") (Philadelphia, PA); o (iii) New York Life Group Insurance Company of NY ("NYLGICNY") (New York, NY), antes conocida como Cigna Life Insurance Company of New York. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. LINA y NYLGICNY no son afiliadas de Cigna.