

Solicitud de información sobre los códigos de diagnóstico y tratamiento



Le recomendamos que se ponga en contacto con su profesional de cuidado de la salud, ya que es la persona responsable de darle a Cigna esta información para que la interprete y analice su relevancia para su salud.

Use este formulario para pedir más información sobre los códigos de diagnóstico y tratamiento que se usan para facturarle a Cigna los servicios de salud que usted –u otra persona cubierta por su plan– reciban. Asegúrese de:

- Proporcionar toda la información solicitada
- Escribir sus respuestas en letra de molde para que sean legibles
- Enviar el formulario completado y firmado a: **Correspondence Unit
Cigna Global Health BenefitsSM
P.O. Box 15050
Wilmington, DE 19850
O por fax: 302-797-3150**

Si es un cliente registrado en el sitio web de Cigna Global Health Benefits, Cigna Envoy, puede enviar el formulario completado por correo electrónico seguro a través de www.Cignaenvoy.com.

INFORMACIÓN ACERCA DE USTED:

La información que usted desea es "información sobre la salud protegida". Esto significa que la compartiremos únicamente con las personas autorizadas a verla. La información que nos dé a continuación nos permite verificar que usted es cliente de Cigna y buscar la información que necesita.

Nombre del cliente: *(Primer nombre)* *(Inicial del 2.º nombre)* *(Apellido)*

Fecha de nacimiento del cliente: (MM/DD/AAAA)	Número de teléfono en el que podemos encontrarle si necesitamos comunicarnos con usted para procesar su solicitud:	Mejor horario para llamarle:
--	--	------------------------------

Dirección de correo electrónico:	N.º de tarjeta de identificación del cliente <i>(si corresponde)</i> :	N.º de grupo o cuenta que aparece en la tarjeta de identificación:
----------------------------------	--	--

Nombre del suscriptor: <i>(si difiere del cliente)</i>	Relación del suscriptor con el cliente:
--	---

Nombre del empleador del suscriptor:

SU SOLICITUD:

Marque el (los) casillero(s) junto a la información que desea. Proporcione el nombre del (de los) profesional(es) de cuidado de la salud, su(s) dirección(es) y la(s) fecha(s) del servicio o tratamiento. Si lo(s) tiene, indique el (los) número(s) de reclamo que aparece(n) en su Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés). Tenga en cuenta que esta información suele estar disponible solamente por un año (12 meses) después de la fecha del servicio o tratamiento. Es posible que podamos recuperar información más antigua en nuestros archivos, pero eso llevará más tiempo.

Códigos de diagnóstico *(y sus definiciones estándar)*

Códigos de tratamiento *(y sus definiciones estándar)*

Profesional(es) de cuidado de la salud que brindaron el servicio o tratamiento		Fecha(s) de servicio		N.º de reclamo
Nombre(s)	Dirección(es)	Primera fecha de tratamiento	Última fecha de tratamiento	

"Cigna" es una marca de servicio registrada, y el logo "Tree of Life", "GO YOU" y "Cigna Global Health Benefits" son marcas de servicio, de Cigna Intellectual Property, Inc., cuya 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.

EXPLICACIÓN DE SUS CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO:

La información proporcionada incluirá definiciones estandarizadas de códigos de diagnóstico y tratamiento, extraídas de fuentes tales como las referencias de codificación del Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD, por sus siglas en inglés) y la Terminología Actualizada de Procedimientos Médicos (CPT, por sus siglas en inglés).

INFORMACIÓN IMPORTANTE: ANTES DE FIRMAR Y ENVIAR ESTE FORMULARIO

Asegúrese de habernos proporcionado toda la información requerida. Si la información suministrada en este formulario no está completa, Cigna le devolverá el formulario, y esta solicitud no será tenida en cuenta hasta que recibamos un formulario completo.

SU FIRMA:

He leído y comprendo la información incluida más arriba:

Firma del cliente, padre/tutor, representante personal *(si está disponible)*:

Fecha: (MM/DD/AAAA)

Relación *(si quien firmó no es el cliente)*:

Por favor tenga en cuenta que, si no lo suministró aún, le pediremos un comprobante para verificar la competencia del representante personal antes de que esta solicitud se considere completa.

Si la solicitud es realizada por un padre/tutor, complete lo siguiente:

El cliente es un menor de _____ años de edad. Si está realizando esta solicitud en nombre de un menor de edad, es posible que le pidamos información adicional antes de que esta solicitud se considere completa.