

Formulario de solicitud de reembolso de Cigna Global Health Benefits

Cigna Life Insurance Company of Canada
 Algunos servicios son suministrados por Cigna
 P.O. Box 15050
 Wilmington, DE 19850, EE. UU.
 Página web: www.CignaEnvoy.com

Teléfono:
 (800) 441.2668 (fuera de EE. UU., a través de ATT + acceso)
 (302) 797.3100 (fuera de EE. UU., acepta llamadas a cobro revertido)
Fax:
 (800) 243.6998 (fuera de EE. UU., a través de ATT + acceso)
 (302) 797.3150 (desde EE. UU.)



Global Health Benefits

INFORMACIÓN IMPORTANTE: POR FAVOR LEER

Envíe este formulario de solicitud de reembolso debidamente cumplimentado junto con facturas desglosadas y recibos a la dirección o el número de fax arriba indicados. Pegue las facturas pequeñas con papel celo a una hoja de 8,5 x 11 pulgadas o un folio ISO A4. No grape los recibos al formulario de solicitud de reembolso. **Cumplimente un formulario de solicitud de reembolso diferente para cada paciente.** Para que se acepte la tramitación de una solicitud de reembolso de gastos médicos, debe cumplimentar y firmar este formulario.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO Y PACIENTE

PAÍS DONDE SE PRESTAN LOS SERVICIOS [▲]		DIAGNÓSTICO/MOTIVO DEL TRATAMIENTO [▲]	NÚMERO DE ID [▲]
EMPLEADOR		NOMBRE DEL EMPLEADO (APELLIDOS, NOMBRE) [▲]	
NOMBRE DEL PACIENTE (SI SON VARIOS PACIENTES, UTILICE UN FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DISTINTO PARA CADA UNO) [▲]		FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE (MES/DÍA/AÑO) [▲]	NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR
DIRECCIÓN DE CORREO PRINCIPAL (A LA QUE DEBE ENVIARSE EL CHEQUE/EXPLICACIÓN DE LAS PRESTACIONES)			NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO
CIUDAD/ESTADO O PROVINCIA	PAÍS/CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO	NÚMERO DE FAX

SECCIÓN B: DATOS DE PAGO[▲] (la información incompleta o incorrecta puede dar lugar al envío de un cheque en dólares estadounidenses a su dirección de correo principal)

PAGAR AL EMPLEADO

PAGAR AL PROFESIONAL SANITARIO

SI NO SE SELECCIONA NINGUNA DE LAS CASILLAS DE ARRIBA, EL PAGO SE EFECTUARÁ AL EMPLEADO. TENGA EN CUENTA QUE SI EL PROVEEDOR DE LOS SERVICIOS ES UN PROFESIONAL SANITARIO DE EE. UU. QUE TIENE UN CONTRATO VIGENTE CON CIGNA, EL PAGO SE EFECTUARÁ AL PROFESIONAL SANITARIO AUNQUE EN ESTA SECCIÓN SE INDIQUE OTRA OPCIÓN. SI EL PROFESIONAL SANITARIO TIENE UN CONTRATO CON CIGNA, RECIBIRÁ EL PAGO DE CIGNA CONFORME A LA TARIFA CONTRATADA. SI YA HA PAGADO LOS SERVICIOS, SOLICITE EL REEMBOLSO DIRECTAMENTE AL PROFESIONAL SANITARIO

SI EL PAGO SE EFECTÚA AL **EMPLEADO** – FACILITE LOS DATOS DE PAGO A CONTINUACIÓN

LAS RESTRICCIONES DE EFT, EPAYMENT PLUS, TRANSFERENCIA BANCARIA O DIVISAS DE PAGO PUEDEN MENOSCABAR A NUESTRA CAPACIDAD PARA ABONAR LAS SOLICITUDES DE REEMBOLSO EN LA FORMA SOLICITADA

TIPO DE PAGO	OPCIONES DE PAGO PARA LAS SOLICITUDES DE REEMBOLSO	
	CHEQUE ENVIADO POR CORREO A SU DIRECCIÓN DE CORREO PRINCIPAL DÓLAR USD OTRA DIVISA (ESPECIFICAR A CONTINUACIÓN)	EN EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO PUEDE VER OTRAS OPCIONES DE PAGO DISPONIBLES
	TRANSFERENCIA BANCARIA	USD O DIVISA INTERNACIONAL A UN BANCO INTERNACIONAL. EL BANCO PUEDE COBRAR UNA COMISIÓN POR LA RECEPCIÓN DE TRANSFERENCIAS ELECTRÓNICAS CUMPLIMENTE LA SECCIÓN DE DATOS DEL BANCO A CONTINUACIÓN
DATOS DEL BANCO ESTA SECCIÓN ES EXCLUSIVA PARA TRANSFERENCIAS BANCARIAS	TITULAR DE LA CUENTA	NÚMERO DE CUENTA (CÓDIGO INTERNACIONAL DE CUENTA BANCARIA – IBAN)
	NOMBRE DEL BANCO	DIRECCIÓN DE LA SUCURSAL
	CÓDIGO DEL BANCO ABA / Routing / Swift / Bic / RUT/ BSB/ códigos "sort"	CIUDAD/ESTADO O PROVINCIA
	DIVISA DE LA CUENTA BANCARIA	PAÍS/CÓDIGO POSTAL

VERIFIQUE TODOS LOS DATOS DE LA CUENTA, LOS REQUISITOS DE CÓDIGO BANCARIO Y LOS REQUISITOS DE DIVISA PARA EL PAÍS DE SU BANCO, CON OBJETO DE GARANTIZAR QUE LA TRANSFERENCIA DEL PAGO SE EFECTÚE CORRECTAMENTE. EFT, TRANSFERENCIAS BANCARIAS, EPAYMENT PLUS PUEDEN NO ESTAR DISPONIBLES EN TODOS LOS PAÍSES PARA TODOS LOS ASEGURADOS. **PUEDA EXTENDERSE UN CHEQUE EN LA MONEDA DEL PAGO O BIEN EN DÓLARES ESTADOUNIDENSES COMO FORMA DE PAGO POR OMISIÓN**

[▲] Información necesaria. Cualquier información incompleta o no incluida en este formulario puede retrasar el pago del reembolso.

SECCIÓN C: INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO (cumplimentar únicamente si se cuenta con otro seguro o si la solicitud de reembolso está relacionada con un accidente o el trabajo)

¿USTED O EL PACIENTE TIENEN ALGÚN OTRO SEGURO? **Sí** **No** EN CASO AFIRMATIVO, FACILITE EL NOMBRE DE LA ASEGURADORA MÉDICA, LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA COBERTURA Y EL NÚMERO DE PÓLIZA

INDIQUE LA FUENTE DE COBERTURA:

¿LA SOLICITUD DE REEMBOLSO ESTÁ RELACIONADA CON EL TRABAJO O UN ACCIDENTE? **Sí** **No** EN CASO AFIRMATIVO, FACILITE LOS DETALLES DEL ACCIDENTE O LA LESIÓN

EXPLIQUE CÓMO SE PRODUJO EL ACCIDENTE:

¿HA SOLICITADO EL REEMBOLSO DE OTRA FUENTE? **Sí** **No** EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LA FUENTE

INFORMACIÓN DE LA FUENTE DEL REEMBOLSO:

AVISO DE FRAUDE: cualquier persona que de forma deliberada y con el propósito de defraudar a una sociedad de seguros u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o escrito de demanda que contenga cualquier información sustancialmente falsa; o (2) oculte con el propósito de engañar información referente a cualquier hecho importante en la misma, cometerá un acto de fraude al seguro, lo cual constituye un delito.

SECCIÓN D: AUTORIZACIÓN DE PAGO – Autorizo el pago en la forma indicada en la Sección B de este formulario de solicitud de reembolso

FIRMA DEL EMPLEADO: _____ **FECHA:** _____

FIRMA DEL PACIENTE (padre o tutor, si la solicitud de reembolso es para un menor de edad). Certifico que, a mi leal saber y entender, este formulario de solicitud de reembolso no contiene información falsa ni engañosa. Certifico que la información suministrada es verdadera y correcta.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR: _____ **FECHA:** _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PAGO***TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS (EFT)**

EFT solamente está disponible para los pagos electrónicos efectuados en dólares estadounidense a cuentas bancarias de EE. UU. Se debe cumplimentar un formulario de autorización de EFT antes de presentar la solicitud de reembolso. Dicho formulario se halla en nuestra página web: www.CignaEnvoy.com, en la sección Forms (Formularios). Los datos del banco se actualizarán en los 10 días laborables siguientes a la recepción del formulario de autorización de EFT. En los 10 a 15 días laborables posteriores a la actualización, su banco verificará si su cuenta está preparada para recibir los fondos. Los pagos de solicitudes de reembolso efectuados mientras se recibe la autorización se harán con un cheque en dólares estadounidenses.

****E*PAYMENT PLUSSM (ACH INTERNACIONAL)**

Los pagos realizados por ACH internacional solo están disponibles para pagos electrónicos en el Reino Unido, España, Alemania, Francia, Bélgica, Canadá, Portugal, Hong Kong, Países Bajos o Singapur en la moneda local del país correspondiente. Se debe solicitar la afiliación antes de presentar la solicitud de reembolso. Para afiliarse, visite la sección de afiliación de ePayment Plus online que se halla en nuestra página web, en: www.CignaEnvoy.com, en Member Information (Información de los asegurados). Una vez afiliado, el reembolso de sus solicitudes se depositará de forma electrónica en la cuenta bancaria que especifique. Si un pago electrónico se rechaza porque los datos de la cuenta bancaria son incorrectos, puede extenderse un cheque en la moneda local o en dólares estadounidenses hasta que se proporcione la información correcta de la cuenta electrónica a través de la página web. Para cancelar el envío de depósitos electrónicos a una cuenta se debe eliminar la información de la cuenta de ePayment Plus en este sitio web. Pueden aplicarse comisiones de cancelación y otras comisiones bancarias. Consulte los detalles a su banco.

TRANSFERENCIAS BANCARIAS

Las transferencias bancarias solo están disponibles para los pagos electrónicos efectuados en la moneda local; no se utilizarán transferencias para enviar dólares estadounidenses a una cuenta bancaria de Estados Unidos. Las transferencias bancarias exigen que se faciliten datos completos y exactos en la primera página del formulario de solicitud de reembolso.

TRAMITACIÓN DE PAGOS POR OMISIÓN

Cualquier información incompleta o no incluida en este formulario puede retrasar el pago del reembolso. Si el tipo de pago seleccionado no está disponible, el reembolso de las solicitudes se le abonará en forma de cheque y se le enviará a la dirección de correo principal indicada en este formulario. Nota: en algunos países no están disponibles todas las divisas. Si una divisa o un método de pago no está disponible, el pago por omisión se efectuará en forma de cheque en dólares estadounidenses. Si los datos bancarios facilitados para la afiliación a EFT o ePayment Plus no están completos o son incorrectos, el reembolso de las solicitudes se le abonará en forma de cheque y se le enviará a la dirección de correo principal indicada en este formulario. Recibirá los reembolsos conforme al método que elija en cuanto se reciba la información correcta para EFT o ePayment Plus.