

Cigna Global Health Options

Formulario de solicitud de reembolso dental



DATOS DEL PACIENTE

A cumplimentar por el beneficiario o su representante legal

1 Nombre del paciente				
2 ID de la póliza	3 Fecha de nacimiento del paciente			
4 Dirección postal completa del paciente				
5 Indique la naturaleza de la enfermedad				
Dirección de correo electrónico				
Teléfono:	Fax:			
6 ¿Tiene alguna otra póliza de seguro médico o de viaje por la que pueda recibir el reembolso total o parcial de estos gastos?			Sí	No
Si ha respondido afirmativamente en la sección 6, facilite los detalles a continuación:				
Nombre y apellidos				
Número de póliza				
Dirección de la compañía de seguros				

DATOS DE PAGO

A cumplimentar por el beneficiario o su representante legal

7 Lista de gastos cuyo reembolso se solicita e importe de dichos gastos	8 Indique a quién desea que se abone el pago, así como la divisa			
Tratamiento	Fecha	Importe	Pago a	Divisa
9 Método de pago disponible para el reembolso				Transferencia bancaria
10 Por favor, facilite sus datos bancarios a continuación:				
N.º de cuenta bancaria			Nombre del banco	
Sort code			Nombre del titular de la cuenta	
Código Swift*			IBAN*	
Dirección de la sucursal bancaria				
II Autorizo la revelación de cualquier información médica necesaria para tramitar esta solicitud de reembolso. A mi leal saber y entender, todos los datos facilitados son verdaderos.				
Firma de la persona asegurada (o de su representante legal):			Fecha:	

*Proporcione esta información para que el banco receptor pueda transferir el pago con mayor facilidad

ESTA SECCIÓN DEBE CUMPLIMENTARLA EL DENTISTA

TRATAMIENTO PREVENTIVO				
CÓDIGO	TRATAMIENTO	NÚMERO DE UNIDADES	FECHA DEL TRATAMIENTO	CARGO AL PACIENTE
EXPLORACIONES				
AOI	Normal			
AII	Amplia			
A2I	Evaluación completa del caso			
RADIOGRAFÍAS				
BO1	Radiografía interproximal			
BO2	Intraoral			
BO3	Ortopantomografía (OPG)			
ESCALADO Y PULIDO				
EOI	Una visita			
DOI	Selladores de fisuras			
DII	Aplicación tópica de flúor			
MOU	Férula oclusal			
TRATAMIENTO MENOR				
CÓDIGO	TRATAMIENTO	NÚMERO DE UNIDADES	FECHA DEL TRATAMIENTO	CARGO AL PACIENTE
OBTURACIONES				
GO1	Amalgama - una superficie			
GO2	Amalgama - dos superficies			
GO3	Amalgama - tres o más superficies			
G2I	Composite - una superficie			
G22	Composite - dos superficies			
G3I	Cargo adicional por el uso de pin			
TRATAMIENTO DEL CONDUCTO RADICULAR				
HO1	Anterior superior e inferior (una raíz)			
HO2	Premolar superior (dos raíces)			
HO3	Premolar inferior (una raíz)			
HO4	Molares (más de tres raíces)			
EXTRACCIONES				
LO1	Único			
LO2	Por diente adicional			
NII	Asistencia postoperatoria			

TRATAMIENTO IMPORTANTE				
CÓDIGO	TRATAMIENTO	NÚMERO DE UNIDADES	FECHA DEL TRATAMIENTO	CARGO AL PACIENTE
TRATAMIENTO PERIODONTAL (NO QUIRÚRGICO)				
E2I	Prolongado (raspado/alisado radicular)			
F5I	Férula			
TRATAMIENTO PERIODONTAL (QUIRÚRGICO)				
FOI	Gingivectomía			
FII	Mucoperio, cirugía ósea con colgajo			
PRÓTESIS DENTALES – METAL/ACRÍLICO				
R63	Diente adicional			
R6I	Adición de retenedor			
K7I	Reparación de dentadura			
CORONAS/Puentes				
JOI	Carillas (por diente)			
K32	Puentes adhesivos			
K4I	Prótesis convencional			
KI2	Perno muñón estándar			
KII	Perno muñón de oro			
KO7	Corona con fijación en material precioso			
KO5	Corona con fijación en material no precioso			
KO8	Corona completa de fundición			
KO6	Corona de porcelana			
EMPASTES				
KO2	Precioso			
KOI	No precioso			
KO3	Porcelana			

TOTAL

Confirmo que el tratamiento ha sido/va a ser llevado a cabo y declaro que todo el tratamiento, tal y como se ha indicado, se está sometiendo a aprobación/se ha completado.

Firma del dentista:

Fecha:

Sello del dentista:

Remita el formulario debidamente cumplimentado, junto con los recibos y facturas originales, a la siguiente dirección:

Para los tratamientos recibidos fuera de EE. UU., enviar a:

Cigna Global Health Options
1 Knowe Road
Greenock
PA15 4RJ
Escocia

Tel: +44 (0) 1475 788182
Fax: +44 (0) 1475 492113
Email: cignaglobal_customer.care@cigna.com

Para los tratamientos administrados en EE. UU., enviar a:

Cigna International
PO Box I5964
Wilmington, Delaware I9850
Estados Unidos de América

Tel: +44 (0) 1475 788182
Fax: +44 (0) 1475 492113
Email: cignaglobal_customer.care@cigna.com

AVISO DE FRAUDE: Toda persona que, deliberadamente y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o un escrito de reembolso que contenga información intencionadamente falsa, incurrirá en un delito de acto fraudulento de seguros.

Nosotros no tramitaremos ninguna solicitud de reembolso que consideremos fraudulenta. Cometer fraude puede dar lugar a la rescisión de su póliza, e investigaremos cualquier solicitud de reembolso que consideremos fraudulenta.

La entidad contratante de Cigna Healthcare que le corresponda, de entre las que se indican a continuación, se detallará en las normas de su póliza y en su certificado de seguro.

- a) Cigna Global Insurance Company Limited; o
- b) Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-NV; o
- c) Cigna Worldwide General Insurance Company Limited; o
- d) Cigna Europe Insurance Company S.A.-NV (UK Branch); o
- e) Cigna Europe Insurance Company S.A.-NV (sucursal de Singapur)



El nombre, el logotipo de Cigna Healthcare y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc., con licencia de uso de The Cigna Group y sus filiales. Todos los productos y servicios son suministrados por las filiales mencionadas o a través de ellas y no por The Cigna Group. En dichas subsidiarias se incluyen Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-NV, Cigna Europe Insurance Company S.A.-NV y Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2024 Cigna Healthcare. Todos los derechos reservados