

# Cigna Global Health Options

## Formulario de solicitud de reembolso dental



### DATOS DEL PACIENTE

**A cumplimentar por el beneficiario o su representante legal**

<b>1</b> Nombre del paciente			
<b>2</b> ID de la póliza		<b>3</b> Fecha de nacimiento del paciente	
<b>4</b> Dirección postal completa del paciente			
<b>5</b> Indique la naturaleza de la enfermedad			
Dirección de correo electrónico			
Teléfono:		Fax:	
<b>6</b> ¿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
<p>Si ha respondido afirmativamente en la sección 6, facilite los detalles a continuación:</p> <p>Nombre y apellidos</p> <p>Número de póliza</p> <p>Dirección de la compañía de seguros</p>			

### DATOS DE PAGO

**A cumplimentar por el beneficiario o su representante legal**

<b>7</b> Lista de gastos cuyo reembolso se solicita e importe de dichos gastos		<b>8</b> Indique a quién desea que se abone el pago, así como la divisa		
Tratamiento	Fecha	Importe	Pago a	Divisa
<b>9</b> Método de pago disponible para el reembolso				Transferencia bancaria
<b>10</b> 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				
<p><b>11</b> 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.</p>				
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
<b>EXPLORACIONES</b>				
A0I	Normal			
AII	Amplia			
A2I	Evaluación completa del caso			
<b>RADIOGRAFÍAS</b>				
B0I	Radiografía interproximal			
B02	Intraoral			
B03	Ortopantomografía (OPG)			
<b>ESCALADO Y PULIDO</b>				
E0I	Una visita			
DO1	Selladores de fisuras			
DII	Aplicación tópica de flúor			
MOU	Férula oclusal			

TRATAMIENTO MENOR				
CÓDIGO	TRATAMIENTO	NÚMERO DE UNIDADES	FECHA DEL TRATAMIENTO	CARGO AL PACIENTE
<b>OBTURACIONES</b>				
G0I	Amalgama - una superficie			
G02	Amalgama - dos superficies			
G03	Amalgama - tres o más superficies			
G2I	Composite - una superficie			
G22	Composite - dos superficies			
G3I	Carga adicional por el uso de pin			
<b>TRATAMIENTO DEL CONDUCTO RADICULAR</b>				
H0I	Anterior superior e inferior (una raíz)			
H02	Premolar superior (dos raíces)			
H03	Premolar inferior (una raíz)			
H04	Molares (más de tres raíces)			
<b>EXTRACCIONES</b>				
L0I	Único			
L02	Por diente adicional			
NII	Asistencia postoperatoria			

TRATAMIENTO IMPORTANTE				
CÓDIGO	TRATAMIENTO	NÚMERO DE UNIDADES	FECHA DEL TRATAMIENTO	CARGO AL PACIENTE
<b>TRATAMIENTO PERIODONTAL (NO QUIRÚRGICO)</b>				
E2I	Prolongado (raspado/alizado radicular)			
F5I	Férula			
<b>TRATAMIENTO PERIODONTAL (QUIRÚRGICO)</b>				
F0I	Gingivectomía			
FII	Mucoperio, cirugía ósea con colgajo			
<b>PRÓTESIS DENTALES - METAL/ACRÍLICO</b>				
R63	Diente adicional			
R6I	Adición de retenedor			
K7I	Reparación de dentadura			
<b>CORONAS/PUENTES</b>				
J0I	Carillas (por diente)			
K32	Puentes adhesivos			
K4I	Prótesis convencional			
K12	Perno muñón estándar			
KII	Perno muñón de oro			
K07	Corona con fijación en material precioso			
K05	Corona con fijación en material no precioso			
K08	Corona completa de fundición			
K06	Corona de porcelana			
<b>EMPASTES</b>				
K02	Precioso			
K0I	No precioso			
K03	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 15964  
Wilmington, Delaware 19850  
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.-N.V.; o
- c) Cigna Worldwide General Insurance Company Limited; o
- d) Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V (UK Branch); o
- e) Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V (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.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. y Cigna Worldwide General Insurance Company Limited. © 2024 Cigna Healthcare. Todos los derechos reservados