



Formulario de reembolso por servicios dentales de Medicare Advantage

Este formulario es para solicitar el reembolso por servicios dentales que recibió y pagó de su bolsillo. Deberá completar y enviar este formulario por correo, junto con el comprobante de pago/recibo y una constancia detallada. Su dentista debería proporcionarle el comprobante de pago/recibo y una constancia detallada cuando usted los solicite.

Asegúrese de que la constancia detallada incluya:

- Fecha del servicio
- Nombre del proveedor de servicios dentales
- Cantidad pagada por los servicios
- Códigos de la Asociación Dental Estadounidense (ADA, por sus siglas en inglés) y/o descripción de los servicios brindados

Debe enviar su formulario completado y firmado, el comprobante de pago y la constancia detallada a una de las siguientes direcciones según su beneficio dental. Llámenos al número que aparece a continuación o use su tarjeta de ID de HealthSpring para buscar su beneficio dental. Una vez que hayamos recibido su formulario, el procesamiento puede demorar hasta 60 días.

Para los planes Dental Allowance, envíe la documentación por correo a:

Cigna Healthcare Dental - Reimbursement
PO Box 188037
Chattanooga, TN 37422-8037

Para los planes Dental DHMO, envíe la documentación por correo a:

Cigna Healthcare Dental - Reimbursement
PO Box 188045
Chattanooga, TN 37422-8045

Sección 1: Información del miembro (en letra de molde)

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento del miembro: _____

Número de ID de miembro de HealthSpring: _____ Número de teléfono: _____

Dirección física: _____

Motivo de la presentación: _____

Sección 2: Información del proveedor de servicios dentales (en letra de molde)

Nombre del proveedor de servicios dentales (**NO** el nombre del consultorio): _____

Dirección del proveedor de servicios dentales: _____

NPI del proveedor de servicios dentales: _____

ID fiscal del proveedor de servicios dentales: _____

Sección 3: Firma del miembro

Al firmar a continuación, certifico que la información precedente es verdadera, y que la información adjunta es correcta y no ha sido alterada. Certifico que estos gastos no han sido reembolsados previamente en el año de beneficios en curso y comprendo que el reembolso se realizará de acuerdo con los beneficios de mi plan.

Firma: _____ Fecha: _____

Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente de la cobertura dental de HealthSpring al 1-866-213-7295 (TTY 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los siete días de la semana; y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.

El beneficio dental de Medicare Advantage de HealthSpring es administrado por Cigna Dental, una compañía independiente. Todos los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company (CHLIC), Connecticut General Life Insurance Company (CGLIC), en New York, Cigna Health and Life Adjuster Services y Cigna Dental Health, Inc. y sus subsidiarias correspondientes.

Los productos y servicios de HealthSpring se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Health Care Service Corporation, una compañía de seguros mutuos con reserva legal.