



## 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.