

# Formulario de inscripción en el programa Oral Health Integration Program® de Cigna Dental



**INSTRUCCIONES:** Complete todo el formulario para poder inscribirse.  
Si tiene alguna pregunta sobre el programa, consulte en la parte de atrás.

**Envíe el formulario completado por correo o por fax a:** Cigna Dental  
P.O. Box 188037  
Chattanooga, TN 37422  
859-550-2662

## A. INFORMACIÓN SOBRE EL AFILIADO PRIMARIO

Nombre del afiliado primario: <i>(Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)</i>		N.º del Seguro Social o de identificación de afiliado de Cigna:	
Dirección: <i>(Calle)</i>		<i>(Ciudad)</i>	<i>(Estado) (Código postal)</i>
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:	Nombre del empleador:	Número de grupo del empleador:

## B. INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre del paciente: <i>(Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)</i>		Fecha de nacimiento del paciente:
Relación del paciente con el afiliado primario: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro _____		

## C. INFORMACIÓN MÉDICA Y PROCEDIMIENTOS QUE CUMPLEN CON LOS REQUISITOS

**Al marcar el/los casillero(s) a continuación, confirmo que, según los términos de mi plan, tengo una o más de las condiciones incluidas en la lista y cumpla con los requisitos para recibir esta cobertura dental adicional. Entiendo que el hecho de completar y enviar por correo este formulario no garantiza el pago, y que es posible que se apliquen los máximos del plan.**

<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Trasplantes de órganos	<input type="checkbox"/> Maternidad <i>(indique la fecha de parto):</i>
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (derrame cerebral)	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> Radiación por cáncer de cabeza y cuello	_____

### PROCEDIMIENTOS QUE CUMPLEN CON LOS REQUISITOS

#### Enfermedades cardiovasculares, accidente cerebrovascular (derrame cerebral) y diabetes:

D4341 - Remoción del sarro y alisado radicular - 4 o más piezas dentales por cuadrante  
 D4342 - Remoción del sarro y alisado radicular - 1 a 3 piezas dentales por cuadrante  
 D4910 - Mantenimiento periodontal\*

#### Enfermedad renal crónica, trasplantes de órganos y radiación por cáncer de cabeza y cuello:

D1206 - Aplicación tópica de barniz de flúor\*\*\*  
 D1208 - Aplicación tópica de flúor, excluida la de barniz  
 D1351 - Sellador - Una pieza dental\*\*\*  
 D1353 - Reparación de sellado, por pieza dental\*\*  
 D4341 - Remoción del sarro y alisado radicular - 4 o más piezas dentales por cuadrante  
 D4342 - Remoción del sarro y alisado radicular - 1 a 3 piezas dentales por cuadrante  
 D4910 - Mantenimiento periodontal\*

#### Maternidad:

D0120 - Evaluación bucal periódica\*\*  
 D0140 - Evaluación bucal limitada\*\*  
 D0150 - Evaluación bucal completa\*\*  
 D0180 - Evaluación periodontal  
 D1110 - Profilaxis - adultos (limpieza)\*\*  
 D4910 - Mantenimiento periodontal\*  
 D4341 - Remoción del sarro y alisado radicular - 4 o más piezas dentales por cuadrante  
 D4342 - Remoción del sarro y alisado radicular - 1 a 3 piezas dentales por cuadrante  
 D4346 - Remoción del sarro en presencia de inflamación Toda la boca\*\*\*\*  
 D9110 - D9110 - Tratamiento paliativo

\* Limitado a cuatro veces por año, sujeto a las pautas del plan.  
 \*\* Una limpieza adicional y un examen adicional por año.  
 \*\*\* Se eliminaron las limitaciones por edad; se aplican todas las demás limitaciones.  
 \*\*\*\* Una limpieza adicional

## D. CÓMO OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL PARA AFILIADOS DEL PROGRAMA ORAL HEALTH INTEGRATION PROGRAM DE CIGNA DENTAL

Me gustaría recibir información sobre:  Cómo dejar de consumir tabaco     Temor al dentista     El estrés y su impacto en la salud bucal

Cómo obtener descuentos en mis productos dentales que requieren receta médica de Cigna Home Delivery Pharmacy<sup>SM</sup>.

Elija cómo le gustaría que le enviemos la información:

Enviar a la dirección de correo electrónico indicada en la Sección A     Enviar por correo sin cargo a la dirección indicada en la Sección A

## E. CERTIFICACIÓN DE CONDICIÓN MÉDICA

**Asimismo, entiendo que Cigna tiene derecho a revisar mis registros médicos y ponerse en contacto con mi dentista o con mi médico a fin de corroborar si tengo esa condición médica. Esta autorización permanecerá en vigor mientras esté inscrito en el programa Oral Health Integration Program de Cigna Dental. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a la dirección que figura en este formulario.**

Nombre del médico:	Número de teléfono:	Aseguradora médica:
<b>FIRMA DEL PACIENTE: (Obligatorio)</b>		<b>FECHA:</b>

**La participación en el Programa de salud bucal de Cigna Dental no garantiza la cobertura y está sujeta a los términos de los documentos del plan del afiliado, que prevalecerán.**

## Preguntas frecuentes sobre el programa Oral Health Integration Program® de Cigna Dental

### ¿Debo inscribirme en el programa una sola vez o tengo que ponerme en contacto con Cigna cada vez que vaya al dentista?

Usted se inscribe en el programa una sola vez. Una vez que esté inscrito, Cigna le reembolsará automáticamente los servicios dentales que cumplan con los requisitos específicamente cubiertos para su condición médica. Después de registrarse por primera vez, si se le diagnostica otra condición, debe volver a registrarse para esa condición.

### ¿Cómo y cuándo recibiré el reembolso de mis gastos de desembolso?

Al igual que con cualquier servicio dental, usted le pagará a su dentista en el momento en que se preste el servicio. Por lo general, su dentista le envía a Cigna un formulario de reclamo. Una vez que recibimos el formulario de reclamo del dentista, le pagamos al dentista por sus servicios y luego usted recibe el reembolso de la cantidad de su co-seguro o copago. Esto puede demorar de 2 a 4 semanas, según cuánto tarde el dentista en enviar el reclamo. Recuerde que solo se reembolsarán los servicios dentales que cumplan con los requisitos en virtud del programa Oral Health Integration Program de Cigna Dental.

### ¿Cómo sé si se ha procesado mi inscripción?

Una vez que se apruebe su inscripción, Cigna le enviará una carta de bienvenida al programa.

### ¿Por cuáles procedimientos puedo obtener un reembolso?

Consulte la lista de procedimientos correspondiente a cada condición cubierta por el programa en la parte de delante de la página.

### Si mi cobertura dental tiene un máximo o un deducible del plan, ¿cómo se aplican los procedimientos cubiertos por el programa?

Los procedimientos cubiertos por el programa no se aplican al deducible anual de su plan; no obstante, sí se computan para el máximo anual de su plan.

### Si me atiendo fuera de la red, ¿se seguirán aplicando los servicios cubiertos por este programa?

Si su plan no incluye cobertura para servicios fuera de la red, entonces deberá consultar a un dentista de la red de su plan para que se aplique la cobertura de este programa. Si su plan incluye cobertura fuera de la red, se le reembolsarán los gastos cubiertos, ya sea que elija consultar a un dentista de la red o fuera de la red. No obstante, si consulta a un dentista fuera de la red, es posible que tenga que pagar costos de desembolso, porque el dentista puede optar por facturarle los cargos que superen lo que su plan reembolsa por los gastos cubiertos.

### Si soy un dependiente (cónyuge, pareja o hijo), ¿debo suministrar mi número de identificación o el de la persona que sea el afiliado primario cubierto?

Suministre el número de identificación de la persona que sea el afiliado primario cubierto.

### ¿Dónde puedo encontrar mi Número de grupo/cuenta?

Consulte una Explicación de beneficios anterior o la página de su plan dental en mycigna.com, o llame a Servicio al cliente al número que figura en su tarjeta de identificación y siga las indicaciones para obtener su Número de grupo/cuenta. También puede suministrar su número de identificación y/o del Seguro Social, y un Representante de Servicio al cliente identificará su Número de grupo/cuenta por usted. Si tiene una tarjeta de identificación médica o dental de Cigna, el Número de grupo/cuenta figura en la tarjeta.

### ¿Qué significa "Otra cobertura"?

Complete la sección Otra cobertura si tiene alguna otra cobertura a través de una aseguradora diferente (a veces denominada seguro secundario), generalmente a través de su cónyuge o pareja.

### ¿Debo incluir algo que demuestre que tengo una condición, y Cigna tiene derecho a corroborar si tengo esa condición?

No tiene que incluir ninguna documentación con su Formulario de inscripción que demuestre que tiene una condición específica. No obstante, al pie del formulario, usted debe firmar para dar fe de que tiene la condición y dejar constancia de que Cigna se reserva el derecho de pedir sus registros médicos o consultar a su médico antes de otorgarle el reembolso.

### Si tengo alguna pregunta sobre el programa Oral Health Integration Program de Cigna Dental o sobre cómo completar y enviar el Formulario de inscripción, ¿a quién llamo?

Llame a Servicio al cliente al número que figura en su tarjeta de identificación si tiene alguna pregunta. Uno de nuestros asociados le ayudará con gusto, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

La aceptación para participar en el programa Oral Health Integration Program de Cigna Dental no garantiza la cobertura y está sujeta a los términos de su póliza de seguro dental o plan dental. Todas las pólizas de seguro dental y los planes dentales tienen exclusiones y limitaciones. Para conocer los costos y ver los detalles completos de la cobertura, consulte su póliza o los documentos del plan.

Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por las subsidiarias operativas de Cigna Corporation o a través de ellas. Los planes de seguro dental individuales y familiares están asegurados por Cigna Health and Life Insurance Company. Los planes dentales colectivos están asegurados o son administrados por Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company y las siguientes HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias: Cigna Dental Health Plan of Arizona, Inc., Cigna Dental Health of California, Inc., Cigna Dental Health of Colorado, Inc., Cigna HealthCare of Connecticut, Inc., Cigna Dental Health of Delaware, Inc., Cigna Dental Health of Florida, Inc., una Organización limitada de servicios de salud prepagados con licencia de acuerdo con el Capítulo 636 del Compendio de leyes de Florida, Cigna Dental Health of Kansas, Inc., Cigna Dental Health of Kentucky, Inc., Cigna Dental Health of Maryland, Inc., Cigna Dental Health of Missouri, Inc., Cigna Dental Health of New Jersey, Inc., Cigna Dental Health of North Carolina, Inc., Cigna Dental Health of Ohio, Inc., Cigna Dental Health of Pennsylvania, Inc., Cigna Dental Health of Texas, Inc. y Cigna Dental Health of Virginia, Inc. "Cigna Home Delivery Pharmacy" se refiere a Tel-Drug, Inc. y Tel-Drug of Pennsylvania, L.L.C. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.