

EXENCIÓN Y ALTERNATIVA RECOMENDADA POR EL MÉDICO BASADA EN RESULTADOS (FORMULARIO B)



Usted podría ganar recompensas de diferentes maneras mediante el *Programa de bienestar y salud de Cigna*. Ha dado el primer paso hacia la colaboración con su médico para el alcance de sus metas. Primero, complete la *Sección de información del paciente* a continuación. Luego, pida a su médico (o profesional médico con licencia) que le proporcione una meta alternativa que sea adecuada para usted, o una exención de alcance de la meta. Finalmente, pídale a su médico que firme el formulario completado antes de devolverlo a Cigna.

Sección de información del paciente (Use letra de molde para toda la información)

Nombre	In.	Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio		
<input type="text"/>		
Ciudad	Estado	Código postal (Zip)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de cuenta Cigna:	Teléfono principal	
<input type="text"/>	Cód. área	
	(<input type="text"/>) <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Número de seguro social (SSN) Últimos 4 dígitos	ID del cliente (Nota: se encuentra en su tarjeta de ID de Cigna; es un campo de 11 posiciones.)	Fecha de nacimiento del paciente
<input type="text"/> Nota: Utilice los últimos 4 dígitos del SSN de la persona que se revisa	<input type="text"/>	MM DD AAAA

Firma del paciente (o tutor legal del menor): Con su firma a continuación usted confirma que la información en este formulario es verdadera y exacta, y que comprende que su información será divulgada al plan médico de Cigna.

<input type="text"/>	Fecha actual
	MM DD AAAA
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Sección de información del médico (o profesional médico con licencia) (Use letra de molde para toda la información)

Cómo médico (o profesional médico con licencia) responsable del paciente antes mencionado,

Opción 1 - Alternativa recomendada por el médico

☐ recomiendo que este paciente alcance la(s) meta(s) alternativa(s) de _____ en lugar de las metas marcadas a continuación.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alcanzar un índice de masa corporal saludable | <input type="checkbox"/> Alcanzar una presión arterial saludable |
| <input type="checkbox"/> Alcanzar un índice de masa corporal saludable o mejorar el peso | <input type="checkbox"/> Alcanzar una presión arterial saludable o mejorar la presión arterial |
| <input type="checkbox"/> Alcanzar un nivel de colesterol total saludable | <input type="checkbox"/> Obtener ayuda para mejorar los hábitos de mi estilo de vida (dejar de consumir tabaco) |
| <input type="checkbox"/> Alcanzar un nivel de lipoproteínas de baja densidad (Low Density Lipoprotein, LDL) saludable | <input type="checkbox"/> Otro (por ejemplo: programas por Internet tales como el cese del tabaco y el control del peso) |
| <input type="checkbox"/> Alcanzar un nivel de azúcar en sangre en ayunas saludable | |
| <input type="checkbox"/> Alcanzar un nivel de azúcar en sangre sin ayunar saludable | |
| <input type="checkbox"/> Alcanzar una circunferencia de cintura saludable | |

O

Opción 2 - Exención recomendada por el médico

☐ eximo al paciente de todas las actividades, incluido el diagnóstico biométrico, por razones médicas (p. ej.: embarazo, enfermedad grave, discapacidades físicas, enfermedad terminal, etc.)

Primer nombre del médico (o profesional médico con licencia)	In.	Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio		
<input type="text"/>		
Ciudad	Estado	Código postal (Zip)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cargo		
<input type="text"/>		
Firma del médico o profesional médico con licencia (Requerido)	Fecha actual	
<input type="text"/>	MM DD AAAA	
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

EXENCIÓN Y ALTERNATIVA RECOMENDADA POR EL MÉDICO BASADA EN RESULTADOS (FORMULARIO B)



Instrucciones para los pacientes y profesionales de la salud

Tanto los pacientes como los profesionales médicos con licencia pueden utilizar estas instrucciones para completar los formularios de solicitud de exenciones y alternativas. Los pasos a continuación le guiarán para determinar qué formulario usar, cómo completarlo y cómo enviarlo a Cigna.

Formulario de exención y alternativa recomendada por el médico basada en resultados (Formulario B)

- Si usted desea recibir una exención o alternativa recomendada por el médico por completar programas de incentivos basados en resultados de salud, elija este formulario.
- Ejemplos de los programas basados en salud incluyen, entre otros:
- Alcanzar valores saludables del índice de masa corporal, del nivel de colesterol, del nivel de azúcar en sangre y de la presión arterial
- Controlar el peso perdiendo de 5 a 10 % de su peso actual
- Dejar de consumir tabaco

Referirse al formulario B para todas las metas basadas en resultados

Pacientes

- Imprima una copia del formulario correcto y tráigala a la visita con su médico, junto con cualquier material sobre planes de atención médica de Cigna que usted pueda tener que explique su programa de incentivos.
- Complete todos los campos de la sección superior, incluidos su nombre, dirección, fecha de nacimiento e información de cuenta.
- Firme y feche el formulario. Los formularios que se reciban sin firmar no se procesarán.
- Escriba claramente. Los formularios ilegibles podrían ser devueltos.

Envíe los formularios por correo o fax

- Correo
Cigna
PO Box 3026
Scranton, PA 18505
- Fax
888.467.7281
En la primera hoja del fax escriba: "CONFIDENTIAL – Attention: Physician-Recommended Alternative and Waiver"
- Carga electrónica
Electronically upload your form at myCigna.com

Si tiene preguntas acerca de cómo completar este formulario llame al número en su tarjeta de identificación Cigna. Si no está inscrito en un plan médico de Cigna, llame al 1-800-Cigna 24 (244.6224).

Su privacidad es importante: La privacidad de su información médica es importante para usted y para Cigna. Estamos comprometidos con asegurar que su información médica personal esté protegida y segura, y con que nuestras prácticas cumplan con las leyes de privacidad, incluyendo la Ley federal de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA).