

EXENCIÓN Y ALTERNATIVA RECOMENDADA POR EL MÉDICO BASADA EN ACTIVIDADES (FORMULARIO A)



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

Domicilio

Ciudad Estado Código postal (Zip)

Número de cuenta Cigna: Teléfono principal Cód. área -

Número de seguro social (SSN) Últimos 4 dígitos Nota: Utilice los últimos 4 dígitos del SSN de la persona que se revisa.

ID del cliente (Nota: se encuentra en su tarjeta de ID de Cigna; es un campo de 11 posiciones.)

Fecha de nacimiento del paciente 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.

Fecha actual MM DD AAAA

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.

Recomiendo que se exima al paciente anterior de todas las actividades o actividades marcadas a continuación.

Tenga en cuenta que si esta casilla está marcada y no se seleccionan actividades específicas de la lista a continuación, se entenderá que el paciente no participará en todas las actividades de incentivos elegibles, incluida la detección biométrica, debido a razones médicas (por ejemplo, embarazo, médicos graves), condición, discapacidad física, enfermedad terminal, etc.). Esto dará como resultado que cada objetivo ofrecido sea recompensado, incluidos los objetivos de maternidad o manejo de casos complejos, si se ofrecen. Si esta no es su intención, marque las actividades correspondientes a continuación para que no se le apliquen.

Estoy certificando que el paciente anterior está trabajando conmigo como alternativa. Esta alternativa se aplica a la meta / actividades marcadas a continuación.

Consejería telefónica

- Progresar o alcanzar una meta de salud
- Manejar una enfermedad crónica
- Obtener ayuda para mejorar mis hábitos de estilo de vida (tabaco, estrés y peso)
- Manejo de caso

Programa por Internet

- Realizar elecciones de comidas deliciosas en forma inteligente
- Obtener ayuda para mejorar mis hábitos de estilo de vida (tabaco, estrés y peso)
- Manejar una enfermedad crónica
- Entrenamiento de prediabetes

Vacunarse contra la gripe de manera preventiva

Otro (describa la meta/actividad. P. ej.: programas de ejercicios, seguimiento en aplicaciones móviles, desafíos físicos, etc.) _____

Primer nombre del médico (o profesional médico con licencia) Inic. seg. nom. Apellido

Domicilio

Ciudad Estado Código postal (Zip)

Cargo

Firma del médico o profesional médico con licencia (Requerido)

Fecha actual MM / DD / AAAA

EXENCIÓN Y ALTERNATIVA RECOMENDADA POR EL MÉDICO BASADA EN ACTIVIDADES (FORMULARIO A)



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 que aparecen 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 actividades (Formulario A)

- Si usted desea recibir una exención o alternativa recomendada por el médico por completar programas de incentivos basados en actividades, elija este formulario.
 - Entre los programas basados en actividades se incluyen, sin limitación:
 - Participar en programas de bienestar, como los programas nutricionales o de ejercicios
 - Alcanzar metas de actividades, como por ejemplo un desafío de 10.000 pasos
 - Controlar la dieta o la actividad física
- Consulte el formulario A para todas las metas basadas en actividades

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.
 - Entre los programas basados en resultados de salud se incluyen, sin limitación:
 - 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 al perder del 5 al 10% de su peso actual
 - Dejar de fumar
- Referirse al formulario B para todas las metas basadas en resultados

Pacientes

- Imprima una copia del formulario correcto y llévela a su consulta con el médico, junto con cualquier material sobre los planes de atención médica de CareAllies que usted pueda tener, donde se describa 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.

Médicos (o profesionales médicos con licencia)

- Converse con su paciente sobre las opciones de alternativas o exenciones para alcanzar la meta de incentivo.
- El paciente puede tener material del plan médico de Cigna que incluya detalles del programa de incentivos para su referencia.
- Indique en el formulario si usted brinda una alternativa o una exención.
- Seleccione la meta para la cual el paciente desea recibir una alternativa o exención.
- Complete, firme y feche el formulario.

Uso de la categoría "Otro"

Si desea recibir una alternativa o exención recomendada por el médico para una meta o una actividad que no se incluye en este formulario (tales como un centro de excelencia meta), seleccione la categoría "Otro" del formulario e incluya el nombre detallado de la meta tal y como aparece en sus materiales del programa de incentivos.

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"
- Cargue Cargue electrónicamente su formulario en mycigna.com.

Si tiene preguntas acerca de cómo completar este formulario, llame al número gratuito de CareAllies.

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