

# 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*. Usted ha dado el primer paso hacia trabajar con su médico para alcanzar sus metas. Primero, complete la *Sección de información del paciente* a continuación. Luego, pídale a su médico (o profesional médico con licencia) que le brinde una meta alternativa que sea adecuada para usted, o una exención de completar la meta. Finalmente, pídale a su médico que firme el formulario completado antes de devolverlo a Cigna.

Envíe este formulario por correo o fax.

ENVIAR POR CORREO A:

Cigna  
PO Box 3026  
Scranton, PA 18505

O

ENVIAR POR FAX A: 1.888.467.7281

(Ponga en la primera hoja del fax:

"CONFIDENTIAL – Attention: Physician Recommended Alternative and Waiver"



## INSTRUCCIONES PARA MARCAR

A B C D E 1 2 3 4 5

Sombree así →

No así →

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).

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

Primer nombre

Inic. seg. nom.

Apellido

Domicilio

Ciudad

Estado

Código postal (Zip)

Número de cuenta Cigna:

Teléfono principal

Código de área

Número de seguro social (SSN)

Últimos 4 dígitos

Nota: Utilice los  
últimos 4 dígitos  
del SSN de la persona  
que se revisa.

Identificación del cliente (Nota: este número se encuentra en su  
tarjeta de identificación de Cigna, con un campo de 11 posiciones)

Fecha de nacimiento del paciente

MM

DD

AAAA

Dirección de correo electrónico: Su dirección de correo electrónico será utilizada solo para comunicarse con usted respecto al estado de su presentación.

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 su empresa.

Fecha de hoy

MM

DD

AAAA

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

Como médico que atiende (u otro médico profesional con licencia) al paciente antes mencionado, certifico que la meta o metas que se marcan a continuación son  
médicamente inadecuadas o irrazonablemente difíciles para esta persona.

\_\_\_ Recomiendo que el paciente antes mencionado participe en la actividad alternativa de: \_\_\_\_\_ en lugar de en la  
actividad o actividades marcadas a continuación.

O

\_\_\_ Recomiendo que el paciente antes mencionado sea exceptuado de esta actividad o actividades.

- \_\_\_ Participar en una actividad de bienestar
- \_\_\_ Participar en una actividad física
- \_\_\_ Ponerse una vacuna contra la gripe de manera preventiva
- \_\_\_ Alcanzar una meta de actividad de salud personal
- \_\_\_ Alcanzar una meta de actividad para superar un problema de salud
- \_\_\_ Realizar progresos en una meta de actividades para superar un problema de salud

- \_\_\_ Realizar elecciones de comidas deliciosas en forma inteligente
- \_\_\_ Controlar el peso
- \_\_\_ Realizar progresos hacia una meta de salud personal
- \_\_\_ Obtener ayuda para mejorar mis hábitos de estilo de vida
- \_\_\_ Otro (describir, incluyendo las metas basadas en actividades de Zensay) \_\_\_\_\_

Primer nombre del médico (o médico profesional con licencia)

Inic. seg. nom.

Apellido

Domicilio

Ciudad

Estado

Código postal (Zip)

Cargo

Firma del médico o profesional médico con licencia (Requerido)

Fecha de hoy

MM

DD

AAAA

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



Instrucciones para los pacientes y profesionales de la salud

Estas instrucciones pueden ser usadas tanto por los pacientes como por los médicos para solicitudes de exenciones o alternativas para incentivos. Los pasos a continuación lo guiarán para determinar qué formulario usar, cómo completarlo y cómo devolverlo a Cigna.

## Pacientes

- Imprima una copia del formulario correcto y tráigala a la visita a su médico, junto con cualquier material sobre planes de atención médica de Cigna que usted pueda tener que delimite su programa de incentivos.
- Cómo seleccionar el formulario correcto
  - **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 actividades (no basada en resultados), elija este formulario.
    - Ejemplos de actividades:
      - Participar en programas de bienestar
      - Alcanzar metas relacionadas con actividades
      - Controlar la dieta o actividad físicaReferirse al 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 alcanzar resultados de salud, elija este formulario.
    - Ejemplos de resultados de salud:
      - Alcanzar un índice de masa corporal, nivel de colesterol, nivel de azúcar en la sangre y presión arterial saludables
      - Controlar el peso perdiendo de 5 a 10% de su peso actual
      - Dejar de consumir tabacoReferirse al formulario B para todas las metas basadas en resultados

## Médicos (o profesionales médicos con licencia)

- Debata con su paciente las opciones para las alternativas o exenciones para alcanzar la meta de incentivo.
  - El paciente puede tener material del plan médico de Cigna que incluirá detalles del programa de incentivos para su referencia.
- Marque el casillero en el formulario para indicar si usted brinda una alternativa o una exención.
- Si usted está recomendando una alternativa, escriba la alternativa en el espacio provisto.
- Seleccione la meta para la cual el paciente desea recibir una alternativa o exención.
- Complete, firme y feche el formulario.

## Envíe los formularios por correo o fax

- Correo  
Cigna  
PO Box 3026  
Scranton, PA 18505
- Fax  
1.888.467.7281  
Ponga en la primera hoja del fax: "CONFIDENTIAL – Attention: Physician-Recommended Alternative and Waiver"