



**FORMA DE APELACIÓN DEL MIEMBRO**

Cigna-HealthSpring le envía esta forma en respuesta a su solicitud de presentar una apelación. No podemos revisar su apelación hasta que nos envíe esta forma llena. Cigna-HealthSpring debe recibir su forma llena <**30 days from the date on the denial letter**>.

En caso de que necesite ayuda para llenar esta forma, llame a nuestro Departamento de servicio al miembro al 1-877-653-0327, los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1. Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., Hora del centro. Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1.

Además puede visitar nuestra oficina de servicio en:

Cigna-HealthSpring  
121 Airport Centre 1  
2208 N. Highway 121 Suite 210  
Bedford, Texas 76021

Una vez que haya llenado esta forma, por favor envíela por correo o por fax a la siguiente dirección:

Cigna-HealthSpring  
Appeals and Complaints Department  
P.O. Box 211088  
Bedford, TX 76095  
Fax: (877) 809-0783

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Número de ID de Medicaid del miembro: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que llena la forma y su parentesco con el miembro: \_\_\_\_\_

Número telefónico para localizarlo(a): \_\_\_\_\_

**Por favor escriba los detalles de su apelación a continuación:**

¿Su apelación es sobre un problema con HealthSpring o un problema con un proveedor?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del proveedor (si aplica) \_\_\_\_\_

Fecha(s) del servicio (si aplica) \_\_\_\_\_

Firma del miembro o su representante autorizado: \_\_\_\_\_

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.