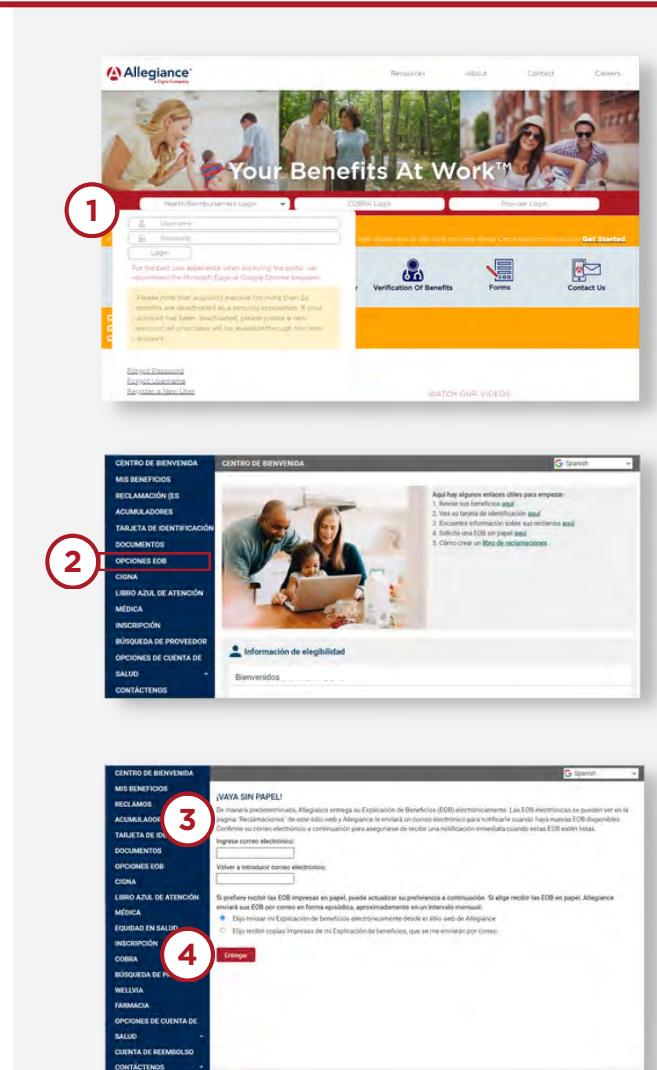


# CÓMO ACTUALIZAR SUS preferencias relativas a las EOB

Al suscribirse al Portal para miembros de Allegiance, podrá recibir todas sus Explicaciones de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) directamente en su dirección de correo electrónico preferida. Ya no tendrá que esperar que le lleguen documentos importantes por correo ni revisar pilas de papeles. Simplemente inicie sesión para revisar sus reclamos y EOB en línea en [www.AskAllegiance.com](http://www.AskAllegiance.com). Si desea actualizar su dirección de correo electrónico preferida o cambiar sus preferencias relativas a las EOB, siga las instrucciones que aparecen a continuación.

- 1 Inicie sesión en **www.AskAllegiance.com**  
Para obtener más información sobre este tema, consulte el folleto de funciones en línea para los miembros.
- 2 Seleccione **OPCIONES PARA EOB (EOB OPTIONS)** en el menú de la izquierda.
- 3 Lea la información sobre las Opciones para EOB en la parte superior de la página, luego ingrese y vuelva a ingresar su dirección de correo electrónico preferida.
- 4 Revise las opciones relativas al modo en que preferiría recibir sus EOB. Haga clic en el círculo que está al lado de su método preferido, luego haga clic en **Enviar (Submit)**.





**BIENVENIDO**

a sus beneficios médicos

Allegiance Benefit Plan Management, Inc.

2806 S. Garfield St. P.O. Box 3018

Missoula, MT 59806

[www.askallegiance.com](http://www.askallegiance.com)



# BIENVENIDO

## Índice

Tarjetas de identificación .....	3
Proveedores dentro de la red .....	6
Preguntas generales .....	8
Servicios en línea .....	9
Funciones en línea para los miembros .....	10
Cómo leer su Explicación de Beneficios (EOB) .....	12
Presentación en línea .....	15
Información importante de contacto .....	16



# Tarjetas de identificación

## Estimado miembro del plan:

Le damos la bienvenida al plan médico a cargo de Allegiance Benefit Plan Management (Allegiance), el administrador externo (Third Party Administrator, TPA) de Cigna. Ofrecemos un servicio de máxima calidad en la administración y gestión de reclamaciones.

Debería haber recibido una nueva tarjeta de identificación por correo. Esta tarjeta es importante, ya que en ella encontrará su número de grupo e información sobre la presentación de reclamaciones. Debe encargarse de comunicar la información que figura en la tarjeta de identificación a los proveedores de atención médica.




**No se olvide de presentar su tarjeta de identificación de Allegiance cada vez que visite un proveedor.**



# Tarjetas de identificación

**Questions?**  
1-855-999-1068  
[www.askallegiance.com/LSI](http://www.askallegiance.com/LSI)



**Member**


**Group ID No.:**  
**Covered Person: JOHN SAMPLE**  
**Participant ID#: SMPL0001**

**Type of Coverage**      **Effective Date**  
Medical

Dependent(s)  
JANE SAMPLE  
JIMMY SAMPLE

**Medical Network**


Open Access Plus

  
No Referral Required      Plan Opt:

Medical Benefits    In Network    Non Network  
Ind Deductible  
Ind Out of Pocket

**Pharmacy Plan**

RxBin:  
PCN:  
RxGrp:



Customer Service: 866-921-4047  
Pharmacist Use Only: 833-202-8783  
[www.truerx.com](http://www.truerx.com)

**Medical Claims Submission**

Submit Medical Claims to:  
Cigna  
PO Box 188061  
Chattanooga, TN 37422-8061  
Payer ID 62308

Allegiance Online Verification of Benefits:  
[www.askallegiance.com/ivr](http://www.askallegiance.com/ivr)  
270/271 EDI Transactions  
Payer ID: 81040

**AWAY FROM HOME CARE**

**Utilization**


Call 1-800-342-6510 for Pre-Certification for inpatient hospital stays, Pretreatment Reviews for certain outpatient procedures listed in your Plan Document and to report all emergency admissions within 72 hours.

We encourage you to use a PCP as a valuable resource and personal health advocate.

**Important Numbers**

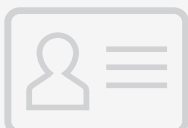
24 hour Verification of Coverage: (406) 523-3199  
Customer Service: 1-855-999-1068  
Visit Our Website at: [www.askallegiance.com/LSI](http://www.askallegiance.com/LSI)

WellVia: 855-935-5842 or  
[www.wellviasolutions.com](http://www.wellviasolutions.com)



This card does not guarantee eligibility or payment.

## Funciones importantes sobre su tarjeta de identificación



Para evitar que se interrumpan sus reclamaciones, presente su nueva tarjeta de identificación a los proveedores de atención médica y a los farmacéuticos . Es posible que su tarjeta no sea idéntica a la de muestra.

# Tarjetas de identificación

A continuación, encontrará una descripción de su tarjeta de identificación. Cada categoría coincide con la información que figura en la copia de muestra de la tarjeta de identificación de la página anterior.

**Nombre del grupo:** el nombre de su grupo. En la mayoría de los casos, es su empleador.

**Número de identificación del grupo:** el número de identificación de su grupo. Consulte este número si llama o envía una carta para obtener información sobre su reclamación.

**Persona cubierta:** el nombre del empleado al que corresponde la cobertura. Tenga en cuenta que un empleado puede presentar su tarjeta de identificación en nombre de cualquier persona que cubra el plan, ya que la información de presentación es la misma.

**Número de identificación del participante:** el número único de identificación del empleado. Consulte este número de identificación si llama o envía una carta para obtener información sobre su reclamación. Los proveedores utilizarán este número para presentar reclamaciones.

**Tipo de cobertura:** las elecciones del plan de su grupo. En ella, aparecerán las coberturas en la que está inscrito y su elección de inscripción.

**Fecha de entrada en vigencia:** la fecha en que comenzó la cobertura o se produjo un cambio en su plan.

**Logotipos de la red:** los logotipos de cada red a los que puede acceder para obtener beneficios dentro de la red. Consulte la sección Network Provider (Proveedores dentro de la red) del folleto si necesita ayuda para encontrar un proveedor dentro de la red.

**Presentación de reclamaciones:** la dirección para presentar las reclamaciones. La mayoría de los proveedores presentarán reclamaciones en su nombre.

**Cobertura de farmacia:** verá el logotipo de su gerente de beneficios farmacéuticos y los números de identificación bancaria (Bank Identification Number, BIN)/de control del procesador (Processor Control Number, PCN). Para procesar las reclamaciones de sus recetas, el farmacéutico utilizará esta información, junto con el número de identificación alternativo del empleado o el número del Seguro Social y la fecha de nacimiento del paciente. Para obtener ayuda, llame al número de la Línea de Ayuda para Miembros y Recetas.

**Gestión de la notificación previa/utilización:** consulte el folleto de la Descripción Resumida del Plan para obtener información completa sobre la certificación previa. También puede obtener más información sobre el programa en la sección Utilization Management (Gestión de la utilización) de este folleto.

**Servicio al Cliente:** la información de contacto para obtener más información sobre sus reclamaciones, requisitos, preguntas sobre los beneficios, etcétera. En el sitio web, podrá encontrar proveedores, acceder a formularios importantes, revisar la cuenta en línea, repasar las EOB y consultar otra información personalizada. Puede revisar en línea esta información si su inscripción en .

**Atención fuera del hogar:** con esta función, los proveedores pueden saber si accede a la red de Cigna fuera de su área local de red.

El número gratuito de Servicio al Cliente es **1-855-999-1068**. En nuestro sitio web, [www.askallegiance.com/LSI](http://www.askallegiance.com/LSI), podrá encontrar el estado de las reclamaciones presentadas, un resumen de la actividad reciente en línea y enlaces directos a un sitio web de proveedores dentro de la red para conocer los proveedores participantes y los lugares de atención.

# Proveedores dentro de la red

## ¿Qué es un proveedor dentro de la red?

Los proveedores dentro de la red son organizaciones que incluyen médicos y profesionales locales que prestan atención médica en su área. Un proveedor dentro la red no es una compañía de seguros ni una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO). Se trata de una red de proveedores de atención médica que se comprometen a presentar formularios de reclamación en nombre de los miembros y aceptan los honorarios máximos permitidos de los proveedores dentro la red como pago total sin facturación de saldos. Usted será responsable de todo deducible o coseguro restante al margen de lo que el plan pague por los gastos elegibles.

## Ventajas de usar los proveedores dentro la red: Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO)

Como participante del plan, puede acudir a cualquier proveedor que elija para recibir los servicios que cubre el plan. Sin embargo, si utiliza un proveedor dentro de la red, puede ahorrar en gastos de bolsillo. El monto de dinero que puede ahorrar si utiliza un proveedor dentro la red variará en función del proveedor, del servicio prestado y de los detalles del plan de beneficios médicos. No se le exige que acuda a un proveedor dentro de la red, pero, si obtiene el servicio de un proveedor fuera de la red, es posible que tenga que abonar aquellos montos que superen el gasto máximo elegible en el área en la que se prestó el servicio.

# Proveedores dentro de la red

## Cómo encontrar un proveedor dentro de la red:

Para acceder a la información sobre los proveedores dentro de la red de su área, puede acceder a Internet y seguir las instrucciones que figuran a continuación o comunicarse con el Servicio al Cliente al 1-855-999-1068 y solicitar los nombres de los proveedores que trabajan en su área.

También le dejamos un video útil sobre la función de búsqueda de proveedores en [www.askallegiance.com/LSI](http://www.askallegiance.com/LSI).

1. Inicie sesión en [www.askallegiance.com/LSI](http://www.askallegiance.com/LSI).
2. Haga clic en el enlace Find a Provider (Buscar un proveedor).
3. Ingrese la identificación de participante que aparece en el anverso de su tarjeta y haga clic en Search (Buscar). Lea el descargo de responsabilidad y marque la casilla Accept (Aceptar).
4. Haga clic en el enlace de Cigna y, a continuación, lea las instrucciones.
5. Haga clic en Continue (Continuar) para ir a la página Cigna Provider Search (Búsqueda de proveedores de Cigna). Ingrese el lugar de atención y, en Select a Plan (Seleccionar un plan), elija el plan médico Open Access Plus, OA Plus, Choice Fund OA Plus.
6. Ingrese el tipo de proveedor que desea encontrar y presione el botón de búsqueda con la lupa.
7. Los resultados se mostrarán en la pantalla, y tendrá opciones para filtrar y ordenar los mapas de los lugares de atención, así como para acceder a ellos, y exportar los datos o imprimirlos.

**PIE DE PÁGINA:** Cabe señalar que la lista de proveedores dentro de la red puede cambiar sin previo aviso. Antes de recibir los servicios, corrobore si el proveedor sigue participando en la red.



# Preguntas generales



## Procedimiento de reclamaciones

En la mayoría de los casos, solo tendrá que presentar su nueva tarjeta de identificación al médico, hospital u otro proveedor de atención médica. La mayoría de los proveedores tomarán la información de las reclamaciones de su tarjeta y la archivarán en su nombre. Si necesita presentar una reclamación de forma directa, envíela a la dirección que figura en el reverso de su tarjeta o utilice la herramienta de presentación de reclamaciones en línea.



## Preguntas sobre el servicio

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios, puede llamar a nuestro Servicio al Cliente al 1-855-999-1068. El Departamento de Servicio al Cliente atiende de 5:00 am - 5:00 pm hora del centro (CST). Nuestro personal resolverá cualquier pregunta o problema que pueda tener.

Si tiene alguna pregunta sobre si se ha recibido o no una reclamación y el estado actual, hay otras dos opciones para acceder a esa información, que están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La primera opción es nuestro sistema de respuesta de voz interactiva (Interactive Voice Response, IVR). Puede llamar al 1-855-999-1068 para comunicarse con una operadora automática. Siga las indicaciones de voz para verificar su reclamación. Necesitará el número de identificación alternativo de 12 dígitos o su número de 9 dígitos del Seguro Social y la fecha de servicio de la reclamación para completar la consulta. La segunda opción es contratar el acceso a los datos de sus reclamaciones mediante Internet. Este proceso se describe en detalle en la página Online Services (Servicios en línea).

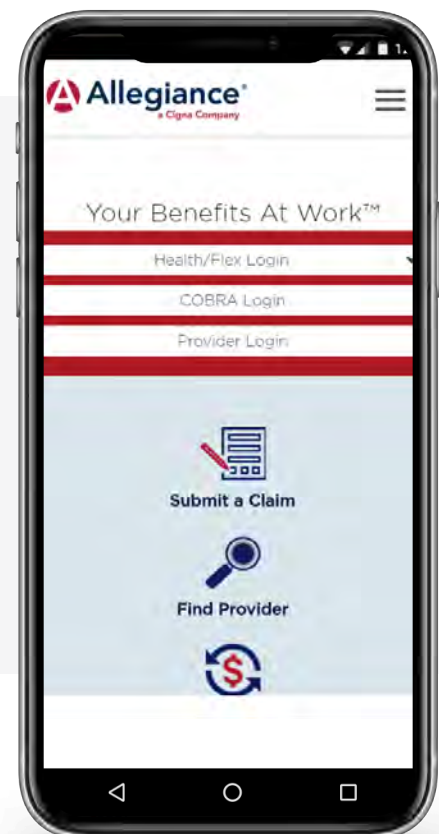
# Servicios en línea

En Allegiance, nuestra principal prioridad es cuidar a nuestros miembros. En el sitio web de Allegiance, seguimos las recomendaciones de seguridad y brindamos un amplio acceso en línea para mantener la información sobre reclamaciones y beneficios a su alcance.

Además, en nuestro sitio web, se ofrecen servicios personalizados al instante. Una vez que se registre, podrá acceder las 24 horas a la información sobre su plan médico. Puede comprobar el estado de una reclamación, revisar la cobertura y los beneficios, y verificar a quién cubre su plan.

Con los servicios en línea, también podrá presentar solicitudes de otras tarjetas de identificación.

**También puede acceder a los servicios en línea con la aplicación móvil Allegiance, disponible en las tiendas Google Play y Apple App.**



# Funciones en línea para los miembros

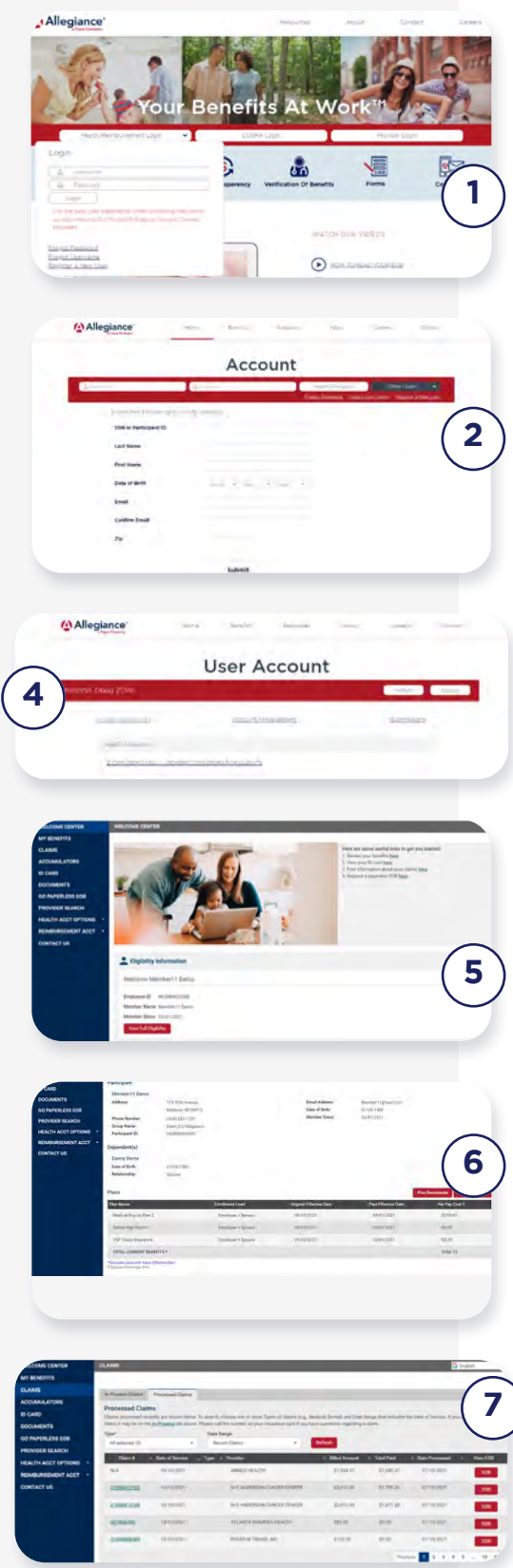
Puede utilizar su sitio personalizado para acceder al instante al estado de las reclamaciones, la elegibilidad, la información sobre los beneficios, las tarjetas de identificación y mucho más. Utilice esta guía para navegar por el sitio actualizado y a utilizar sus servicios. Para comenzar, cree un acceso de inicio de sesión en: **www.askallegiance.com**

## Inicio de sesión

1. Para configurar nuevos datos de inicio de sesión, haga clic en **Health/Reimbursement Login**, (Inicio de sesión en salud/reembolso) y, a continuación, en **Register New User** (Registrar nuevo usuario) en la parte inferior del cuadro. Se le pedirá que ingrese información demográfica básica para verificar su identidad.
2. Una vez que ingrese esta información, el sistema le pedirá que cree un nombre de usuario y una contraseña. Tenga en cuenta los requisitos específicos de caracteres y longitud.
3. Después de hacer clic en **Submit** (Enviar), el sistema lo llevará a la página principal de inicio de sesión. Ingrese el nombre de usuario y la contraseña que acaba de crear para continuar en el portal de miembros en línea.
4. En el portal en línea de Allegiance, inicie sesión una única vez para acceder a los distintos servicios de Allegiance. Después de ingresar los datos del nombre de usuario y la contraseña, seleccione el servicio que busca. Tenga en cuenta que, según los servicios que haya elegido, algunos miembros pueden ver una o varias opciones.

## Servicios en línea

5. En el **WELCOME CENTER** (Centro de bienvenida), se resume la información clave de su plan médico. Desde esta página de inicio, revise la elegibilidad, las reclamaciones recientes y mucho más.
6. En **MY BENEFITS** (Mis beneficios), se muestra su información demográfica y la de los dependientes inscritos, así como toda la información del plan activo.
7. En la página **CLAIMS** (Reclamaciones), accederá a vistas de todas las reclamaciones procesadas y a una pestaña de las reclamaciones en proceso. Si tiene que filtrar reclamaciones, hágalo con las casillas **Type** (Tipo) y **Date Range** (Intervalo de fechas).

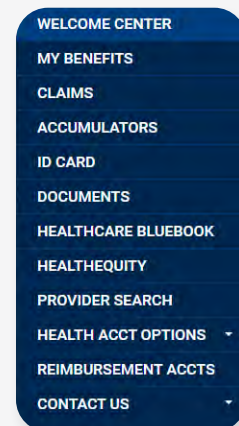
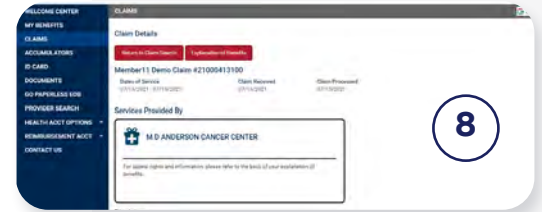


# Funciones en línea para los miembros

## Servicios en línea

8. Seleccione el **número de reclamación** para obtener una vista detallada de una reclamación específica o haga clic en el botón **EOB** para cargar su Explicación de Beneficios.
9. En la página **ACCUMULATORS** (Acumuladores), puede revisar su estado actual de acumuladores, incluidos los deducibles individuales y familiares, así como los gastos máximos de bolsillo.
10. En **ID CARD** (Identificación de la tarjeta), haga clic en el botón **Get ID Card Now** (Obtener la identificación ahora) para que se cargue al instante una versión electrónica de su tarjeta de identificación.
11. Si necesita una copia impresa de su tarjeta de identificación, seleccione **Request ID Card by Mail** (Solicitar tarjeta de identificación por correo). Rellene el breve formulario y confirme la dirección para recibir la tarjeta. Posteriormente, Allegiance verificará los datos y le enviará una nueva tarjeta por correo.
12. Para obtener la Descripción Resumida del Plan (Summary Plan Description, SPD), el Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) y otros materiales importantes, vaya a la página **DOCUMENTS** (Documentos).
13. ¿Ya no sabe qué hacer con los documentos que tiene dando vueltas? Seleccione la página **GO PAPERLESS EOB** (Quiero adherirme a la EOB electrónica) y elija revisar la Explicación de Beneficios por vía electrónica. Después de confirmar su correo electrónico, recibirá un aviso cada vez que se publique una nueva EOB, de modo que pueda acceder a ella con facilidad y rapidez en línea sin tener que esperar a recibir una copia impresa por correo.
14. Según su plan médico, es posible que vea otras opciones como **HEALTHCARE BLUEBOOK**, **PROVIDER SEARCH** (Búsqueda de proveedores) y más. Con estos enlaces, accederá a otros servicios en línea mediante un inicio de sesión único. Cuando quiera acceder a un enlace de inicio de sesión único, le recomendamos que desactive los bloqueadores de ventanas emergentes que activó su navegador, ya que impedirán que se cargue la página.

En el portal de [www.askallegiance.com](http://www.askallegiance.com), encontrará toda la información que necesita para gestionar su plan médico. No obstante, si alguna vez tiene preguntas sobre el portal o sobre cualquiera de sus beneficios, comuníquese con los asesores de los miembros al número de servicios que figura en su tarjeta de identificación del plan médico.



# Cómo leer su Explicación de Beneficios (EOB)

**1** **Allegiance**  
Benefit Plan Management  
Allegiance Benefit Plan Management, Inc.  
PO BOX 1923  
MISSOULA MT 59806-1923

**2** **Servicio de reenvío solicitado.**

\*\*\*\*\*SCH 3-DIGIT 590  
26 1 AT 0.406  
SARAH SMITH  
1919 SAMPLE WAY  
ANYTOWN MT 59047-1509

20140625T12  
1166 6320

Page 1 of 2

**Explicación de Beneficios**

**Consérvela para sus archivos.  
NO ES UNA FACTURA  
Es la única copia que recibirá.**

**3** **Customer Service**

**4** **Group Name:** SAMPLE GR  
**5** **Group #:** 1234567  
**6** **Date:** 03/12/2014  
**7** **EOB #:** 1234567890

Para obtener información sobre el estado de las reclamaciones o verificar los beneficios, visite nuestro sitio web en [www.askallegiance.com](http://www.askallegiance.com) o llame a nuestro sistema de respuesta de voz interactiva (IVR) al (406) 523-3199 las 24 horas del día. Para obtener respuestas a otras preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente al (800) 735-1923.

**8** **Claim Summary**

Claim Number	Patient Name	Total Charge	Ineligible Amount	Plan Discount	Deductible Amount	Co-pay Amount	Co-Insurance	Patient Responsibility	Payment Amount
201401234567	SARAH SMITH	\$40.00	\$0.00	\$3.77	\$36.23	\$0.00	\$0.00	\$36.23	\$0.00
20141234567	SARAH SMITH	\$50.00	\$0.00	\$0.00	\$50.00	\$0.00	\$0.00	\$50.00	\$0.00
<b>Totals</b>		\$90.00	\$0.00	\$3.77	\$86.23	\$0.00	\$0.00	\$86.23	\$0.00

Claim: 201401234567 **19** Member ID: 1234567890 **20** Employee: SARAH SMITH **21** Patient Account #: 1234  
Patient: SARAH SMITH DOB: 09/06/XXXX **20** Provider: ELIZABETH PROVIDER, MD

Treatment Dates	Procedure	Billed Amount	Ineligible Amount	Reference Code	Plan Discount	Deductible Amount	Co-pay Amount	Co-Insurance	<b>25</b> Paid At	Payment Amount
02/24-02/24	chiropract manj 1-2 regions	\$40.00	\$0.00	I3108	\$3.77	\$36.23	\$0.00	\$0.00	0%	\$0.00
<b>Column Totals</b>		\$40.00	\$0.00		\$3.77	\$36.23	\$0.00	\$0.00		\$0.00

**22** **Patient's Responsibility**..... **\$36.23** **26** **Other Insurance Credits** \$0.00  
**27** **Adjusted Payment** \$0.00

Claim: 201412345679 Member ID: 123456789012 Employee: SARAH SMITH Patient Account #: 1234  
Patient: SARAH SMITH DOB: 09/06/XXXX Provider: ELIZABETH PROVIDER, MD

Treatment Dates	Procedure	Billed Amount	Ineligible Amount	Reference Code	Plan Discount	Deductible Amount	Co-pay Amount	Co-Insurance	Paid At	Payment Amount
02/27-02/27/2014	chiropract manj 3-4 regions	\$50.00	\$0.00		\$0.00	\$50.00	\$0.00	\$0.00	0%	\$0.00
<b>Column Totals</b>		\$50.00	\$0.00		\$0.00	\$50.00	\$0.00	\$0.00		\$0.00

**28** **Patient's Responsibility**..... **\$50.00** **26** **Other Insurance Credits** \$0.00  
**27** **Adjusted Payment** \$0.00

Code	Description
I3108	Allegiance Benefit Plan Management Direct Discount The patient is not responsible for this amount.

**28** **Reference Code Description**

**29** **Appeal Rights**

Appeal procedures are printed as the last page of this document.

**30** **Deductible/Out of Pocket Summary**

Member Name	Description	Current Period	Amount Met
SARAH S	MAJOR MEDICAL DED	01/01/14	\$594.69
SARAH S	MAJOR MEDICAL OOP	01/01/14	\$594.69



# Cómo leer su Explicación de Beneficios (EOB)

A continuación, encontrará una descripción de su Explicación de Beneficios (EOB). Los números coinciden con los de la copia de muestra de la EOB.

- 1. Oficina de procesamiento de reclamaciones:** aquí se encuentra la oficina de procesamiento de reclamaciones. Puede enviarle una carta a Servicio al Cliente a este lugar.
- 2. Dirección:** el nombre y la dirección donde se envía por correo la EOB.
- 3. Nombre del grupo:** el nombre de su grupo (en la mayoría de los casos, este es su empleador).
- 4. Número de grupo:** el número de identificación de su grupo. Consulte este número si llama o envía una carta para obtener información sobre su reclamación.
- 5. Fecha:** la fecha en que se emitió la EOB.
- 6. Número de EOB:** número de referencia para la búsqueda de la Explicación de Beneficios.
- 7. Servicio al Cliente:** información de contacto para obtener más información sobre su reclamación.
- 8. Resumen de la reclamación:** resumen de una línea de la información sobre el pago de reclamaciones. Por separado, se describe una explicación más detallada de cada línea.
- 9. Número de reclamación:** el número de identificación único asignado a esta reclamación. Consulte este número si llama o envía una carta para obtener información sobre esta reclamación.
- 10. Paciente:** el nombre de la persona para la que se prestaron los servicios o se proporcionaron los suministros.
- 11. Gasto total:** el monto facturado por cada servicio.
- 12. Monto no elegible:** monto que no es elegible para los beneficios del plan (es decir, duplicados, servicio no cubierto, entre otros). Es posible que el paciente deba hacerse cargo de algunos montos. Consulte los códigos de referencia (n.º 24, 28) para obtener más información.
- 13. Descuento del plan:** los ahorros recibidos de un proveedor dentro de la red, si procede.
- 14. Monto del deducible:** el monto de los cargos permitidos que se aplican al deducible de su plan y que deben pagarse antes de que se paguen los beneficios. Responsabilidad del paciente.
- 15. Copago:** el monto de los cargos permitidos, especificados por su plan, que debe pagar antes de que se abonen los beneficios (por ejemplo, \$20 de copago por visita al consultorio). Responsabilidad del paciente.

Las disposiciones de la Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits, COB) se aplican como se indica en la Descripción Resumida del Plan. Este plan puede o no pagar los montos que no paga su compañía de seguros principal.



**Si necesita una versión de mayor tamaño de este formulario, acceda a [www.askallegiance.com/LSI](http://www.askallegiance.com/LSI)**

# Cómo leer su Explicación de Beneficios (EOB)

Continuación de la descripción de su EOB. Los números coinciden con los de la copia de muestra de la EOB.

- 16. Coseguro:** la participación del miembro en los gastos elegibles sobre la base de un porcentaje, generalmente después del deducible (es decir, el 20 %). Responsabilidad del paciente.
- 17. Responsabilidad del paciente:** después de que se hayan calculado todos los beneficios, este es el monto que deben pagar el paciente. Se trata de un total de deducibles, copagos, coseguros y montos que, posiblemente, no son elegibles.
- 18. Monto del pago:** los beneficios que se pagan por los servicios prestados.
- 19. Identificación del miembro:** el número de identificación único del empleado. Consulte este número de identificación si llama o envía una carta para obtener información sobre su reclamación.
- 20. Proveedor:** el nombre de la persona u organización que prestó el servicio o proporcionó los suministros médicos.
- 21. Número de cuenta del paciente:** su número de cuenta asignado por el proveedor de servicios.
- 22. Fechas del tratamiento:** las fechas en que se prestaron los servicios.
- 23. Procedimiento:** la descripción de los servicios prestados.
- 24. Código de referencia:** el código relacionado con el monto “no elegible”. Se utiliza para solicitar más información o dar más explicaciones sobre la denegación/el pago de la reclamación. Consulte el punto 28 para obtener más información.
- 25. Pagado al:** el porcentaje que su plan pagó por el servicio elegible en virtud de su plan de beneficios.
- 26. Otros créditos de seguro:** los ajustes/pagos basados en los beneficios de otros planes de salud o compañías de seguros.
- 27. Pago ajustado:** la suma de la columna “Monto del pago” de esa reclamación.
- 28. Descripción del código de referencia:** en esta sección, aparecerá una explicación del código de referencia del punto 24.
- 29. Derechos de apelación:** el resumen de sus derechos en virtud de su plan cuando se hace una determinación adversa de la reclamación.
- 30. Resumen de deducibles/gastos de bolsillo:** los acumuladores de gastos de bolsillo/deducibles del año en curso a partir de la fecha de la EOB.

Las disposiciones de la Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits, COB) se aplican como se indica en la Descripción Resumida del Plan. Este plan puede o no pagar los montos que no paga su compañía de seguros principal.



# Presentación en línea

## Presentación en línea de reclamaciones

Para presentar reclamaciones en línea, ingrese a [www.askallegiance.com](http://www.askallegiance.com) y seleccione el icono **Submit a Claim** (Presentar una reclamación). Con esta función, los miembros pueden presentar por vía electrónica una reclamación de gastos médicos o flexibles, y adjuntar los recibos o la información necesaria. Mediante la presentación de reclamaciones en línea, se obtiene una respuesta más rápida y se ofrece al miembro la confirmación de que hemos recibido la información. También podrá completar el formulario, imprimirlo y enviarlo por correo o fax.

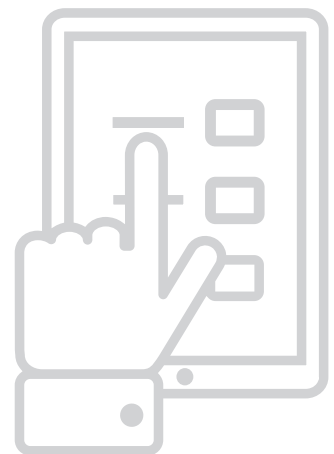


## Presentación de formularios en línea

Con el envío de formularios en línea, los miembros pueden enviar formularios por vía electrónica. Esta función se encuentra en [www.askallegiance.com/LSI](http://www.askallegiance.com/LSI).

Los formularios en línea son interactivos. Se obtiene una presentación más eficaz, lo que se traduce en una entrega más rápida. Los miembros también reciben la confirmación de que recibimos la información.

Allegiance enviará solicitudes impresas cuando se necesite información. También podrá completar el formulario, imprimirlo y enviarlo por correo o fax.





## **Información importante de contacto**



## Servicio al Cliente

1-855-999-1068  
5:00 am - 5:00 pm CST



## Sitio web

[www.askallegiance.com/LSI](http://www.askallegiance.com/LSI)



## Dirección de presentación de reclamaciones

**CIGNA**  
PO Box 188061,  
Chattanooga, TN, 37422-8061  
Electronic Payer ID: **62308**



## Verificación de cobertura por fax las 24 horas

1-855-999-1068 or (406) 523-3199



## CVS Caremark para PBM/RX

1-866-921-4047





**IMPORTANTE:** Este resumen se ha preparado con el fin de destacar las herramientas y los servicios útiles disponibles. Consulte el Documento Resumido del Plan para obtener información detallada sobre los beneficios y las limitaciones del plan.