



TELÉFONO DE ATENCIÓN AL ESPECIALISTA: 902 414 902

Estimados Sres.:

El motivo de esta carta es explicarles la rutina de funcionamiento que deben seguir con las personas que se identifiquen como beneficiarios de la entidad aseguradora **CIGNA SEGUROS**, las cuales deberán presentar alguna de éstas tarjetas:



Antes de atender al asegurado, Global Card les enviara vía fax, correo electrónico o correo ordinario, los datos del asegurado junto al numero de autorización que será valido para 5 sesiones (de un total de 10 ó 20 sesiones gratuitas al año, según seguro) . Para continuar con las sesiones gratuitas será necesario haber recibido una nueva autorización por parte de Global Card.

Una vez realizadas todas las sesiones autorizadas (10 ó 20 según caso), si el asegurado quiere continuar, se le informará que debe ponerse en contacto con **CIGNA SERVICIOS** quien le autorizará, previo pago a la compañía, más sesiones (ver documento informativo Cigna Servicios adjunto).



TELEFONO DE ATENCIÓN AL ESPECIALISTA: 902 414 902

En ningún momento se le tratará como paciente privado de la clínica.

Con carácter mensual y antes del día 5 de cada mes se remitirá a Global Card la facturación en la hoja cuartilla totalmente cumplimentada, anotando el número de autorización facilitado por Global Card (C/ Don Ramón de la Cruz, 67 28001 Madrid), para proceder al abono de las sesiones realizadas por transferencia bancaria .

Solo se abonaran los actos médicos prescritos y realizados por profesionales pertenecientes a Global Card y con la correspondiente autorización.

Para ayudarles, en todo lo relativo a este procedimiento, disponen de un Teléfono de Atención al Especialista, **902 414 902**, cuyo horario es de LUNES a VIERNES de 9 a 15 y de 16 a 18 horas, y donde gustosamente les aclararemos todas las dudas que le surjan, antes o durante la prestación del servicio.

Un cordial saludo,

Departamento de Atención al cliente

PSICOLOGÍA



Datos de la clínica

Dr./nombre de la clínica:
C.I.F.: Teléfono: Fecha:
Domicilio: Localidad: Provincia:

Datos del paciente

D./Dña.: Entidad:
Nº tarjeta: N.I.F.:
Domicilio: C.P.: Teléfono:
Localidad: Provincia:

Sesión nº ____ fecha: _____ Autorización _____
Sesión nº ____ fecha: _____ Autorización _____
Sesión nº ____ fecha: _____ Autorización _____
Sesión nº ____ fecha: _____ Autorización _____
Sesión nº ____ fecha: _____ Autorización _____

Firma del paciente

(máximo 15 sesiones por paciente y año)

PSICOLOGÍA



Datos de la clínica

Dr./nombre de la clínica:
C.I.F.: Teléfono: Fecha:
Domicilio: Localidad: Provincia:

Datos del paciente

D./Dña.: Entidad:
Nº tarjeta: N.I.F.:
Domicilio: C.P.: Teléfono:
Localidad: Provincia:

Sesión nº ____ fecha: _____ Autorización _____
Sesión nº ____ fecha: _____ Autorización _____
Sesión nº ____ fecha: _____ Autorización _____
Sesión nº ____ fecha: _____ Autorización _____
Sesión nº ____ fecha: _____ Autorización _____

Firma del paciente

(máximo 15 sesiones por paciente y año)