



TELEFONO 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 SERVICIOS**.

El asegurado solicitará una autorización escrita previo pago a la compañía en la que les indica el numero de sesiones que tiene gratuitas. A la clínica acudirá con dicho escrito que es personal (ejemplo en la otra hoja). Cuando el paciente haya agotado las sesiones autorizadas, se le comunicara para que vuelva a pedir otra autorización escrita previo pago a la compañía **CIGNA**.

En ningún momento se le tratara 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 (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

Autorización de CIGNA Servicios



Enviado el:

A: Autorizaciones

Centro:

Fax:

Páginas: 1

De:

Compañía: CIGNA European Services (UK) Limited, Sucursal en España

Dirección: Parque Empresarial la Finca

Paseo del Club deportivo, 1 Edificio 14 Planta Baja

28223 Pozuelo de Alarcón- (Madrid)

Teléfono: 902 109 043

Fax: 915 563 650

Estimado Colaborador,

Por medio del presente fax, le confirmamos que CIGNA Servicios se hará cargo del precio del tratamiento de BONO SESIONES DE PSICOLOGIA, de D/ Dña. , el día , en la clínica de referencia.

Si desea consultarnos algún dato adicional sobre este caso, no dude en llamar a nuestro teléfono de CIGNA Servicios 902 109 043, donde le atenderemos de lunes a viernes en el horario de 09:00 a 18:00 h.

Firma y sello de CIGNA:

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)