



Formulario de Reclamo del Plan de Aetna para América Latina y el Caribe

Aetna Global Benefits®

Asegúrese de que **su** Formulario de Reclamo esté totalmente completo y de que sea remitido dentro de los seis meses de **su** **tratamiento** inicial. Si no completa el formulario en su totalidad, este le será devuelto y retrasará el procesamiento de **su** reclamo. Tenga en cuenta que Aetna Global Benefits no se responsabiliza de ningún gasto relacionado con el hecho de completar este formulario o con la presentación de información o documentos adicionales que **nosotros** requerimos para poder evaluar **su** reclamo. La emisión de este Formulario de Reclamo no constituye de manera alguna la admisión de responsabilidad.

Si en alguna sección no tuviera espacio suficiente para escribir, brinde información detallada en una hoja separada.

Envíenos este formulario completo o hágaselo llegar a **su** agente.

Aetna Global Benefits
PO Box 30545
Tampa, Florida 33630
USA

Número gratuito: +1 866 545 3252 (dentro de los EE. UU. únicamente)
Teléfono: +1 813 775 0220
Fax: +1 860 262 9111
Correo electrónico: AmericasServices@aetna.com

Datos del titular de la póliza

Nombre del titular de la póliza	Número de póliza
---------------------------------	------------------

Sección A: Datos del paciente (Información que debe ser completada por el miembro).

1. Apellido		
2. <u>Nombre e iniciales</u>		3. Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año)
4. Dirección		
5. Número de teléfono de contacto	6. Fax/Teléfono móvil	7. Correo electrónico
8. ¿Cuenta usted con el servicio de alguna otra compañía de seguros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, brinde información detallada en una hoja separada.</i>		9. ¿ Sus lesiones fueron causada por un accidente ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, brinde información detallada en una hoja separada.</i>

Por favor conserve una copia para su información

Las pólizas expedidas en América Latina y en el Caribe son emitidas por Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Canon's Court, 22 Victoria Street, Hamilton, Bermuda.

Sección B: Reembolso del reclamo (Información que debe ser completada por el miembro. Es requisito esencial que se complete toda la información para que **nosotros** podamos realizar una transferencia internacional).

Marque una de las siguientes opciones (según corresponda):

i) Favor de pagarle los honorarios al médico/proveedor del **tratamiento**.

ii) **Transferencia bancaria dirigida al beneficiario que se especifica a continuación:**

Utilizar los datos bancarios registrados para llevar a cabo la **transferencia electrónica de fondos**..

Utilizar los datos bancarios especificados a continuación para este reclamo únicamente.

Utilizar los datos bancarios especificados a continuación para todos los futuros reembolsos de reclamos hasta nuevo aviso.

Datos bancarios: la siguiente información debe estar completa en su totalidad. AGB transferirá los fondos sin costo alguno para usted. Sin embargo, le recomendamos que consulte en su banco sobre tarifas adicionales que puedan cobrarle por realizar este tipo de transacciones.

Complete esta sección en LETRA DE IMPRENTA MAYÚSCULA.

Moneda en la que **usted** desea que le paguen el reembolso: _____

Nombre del titular de la cuenta (tal cual aparece en el resumen de cuenta bancario): _____

Número de la cuenta bancaria (o IBAN): _____

Código de identificación bancaria/Código de ruta: _____

Tipo de código de ruta:

Código BIC/SWIFT CHIPS UID Código federal ABA Código "Sort" (sucursal bancaria)

Otro: _____

Nombre del banco: _____

Dirección del banco (incluir el país): _____

Número de teléfono del banco (incluir código del país): _____

iii) **Beneficiario del cheque:** _____ **Moneda:** _____

Dirección donde debe enviarse la carta de liquidación:

Sección C: Declaración

"Declaro, a mi leal saber y entender, que toda la información suministrada en este Formulario de Reclamo es verdadera y correcta. También entiendo que esta declaración les otorga permiso a Aetna Global Benefits y a sus representantes designados para comunicarse con terceros a fin de solicitarles la información necesaria para completar su evaluación de este reclamo, entre quienes están incluidos los **profesionales médicos** que me tratan actualmente y quienes lo hicieron con anterioridad. Declaro y acepto que la información personal recopilada o archivada por Aetna Global Benefits, ya sea que forme parte de este formulario de reclamo o que se haya obtenido de otra manera, puede ser utilizada por Aetna Global Benefits, o revelarse o transferirse a cualquier organización dentro del Grupo Aetna (de compañías), a sus proveedores y a sus socios, en todo el mundo, a los efectos de 1) brindar servicios al cliente y cobertura de seguros de manera continua, 2) procesar y ejecutar pagos con tarjetas de crédito, 3) generar estadísticas para proporcionar material de mercadeo sobre servicios relacionados con la cobertura de seguros de Aetna Global Benefits o sus compañías asociadas y 4) procesar reclamos o analizar el seguro".

Firma del paciente (*Si el paciente es menor de 18 años, debe firmar su padre, madre o tutor*).

Fecha (Día/Mes/Año)

Por favor conserve una copia para su información

Las pólizas expedidas en América Latina y en el Caribe son emitidas por Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Canon's Court, 22 Victoria Street, Hamilton, Bermuda.

GR-68585-26 SP LACP (7-10)

Sección D: Información sobre reclamos (Datos que deben ser completados por el **profesional médico u odontólogo** del paciente).

1. Detalles de la condición médica que requiere tratamiento : <i>(Indique el diagnóstico preciso, si lo conoce).</i>		
2. Causa subyacente		
3. En caso de que este reclamo sea por maternidad, aclare si el embarazo es el resultado de algún método de reproducción asistida.		
4. ¿Cuánto tiempo hace que existe dicha condición?	5. ¿En qué momento el paciente detectó los primeros síntomas antes de buscar asesoramiento médico?	
6. Fecha de la primera consulta con un profesional para el tratamiento de esta condición.	7. ¿Ha padecido esta condición, o una similar, en oportunidades anteriores?	
8. Confirme el probable período de tratamiento y el pronóstico (si lo conoce):		
9. Nombre y dirección del médico/dentista que realiza la remisión <i>(Favor de completar únicamente si el paciente fue remitido a usted.)</i>		
10. Brinde información detallada de las pruebas de diagnóstico realizadas y adjunte los resultados.		
11. Esta pregunta corresponde al tratamiento dental solamente. ¿Este reclamo es por un chequeo de rutina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Sección E: Datos del profesional médico u odontólogo

(Deben ser completados por el **profesional médico u odontólogo** del paciente).

******IMPORTANTE** - Asegúrese de lo siguiente:**

1. Deben adjuntarse todos los recibos y todas las recetas originales.
2. Debe completarse el Formulario de Reclamo en su totalidad.
3. Deben firmarse y fecharse las declaraciones.
4. Deben adjuntarse todas las pruebas de laboratorio.
5. Deben confirmarse el diagnóstico y la causa subyacente.

Esto asegurará que **su** reclamo sea analizado de manera oportuna.

Sello oficial

Nombre del profesional médico/odontólogo		
Dirección del profesional médico/odontólogo		
Número de teléfono	Número de fax	Correo electrónico
Firma del profesional médico/odontólogo		Fecha (Día/Mes/Año)

Por favor conserve una copia para su información

Las pólizas expedidas en América Latina y en el Caribe son emitidas por Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Canon's Court, 22 Victoria Street, Hamilton, Bermuda.

Nota Importante:

La emisión de este Formulario de Reclamo no constituye de manera alguna la admisión de responsabilidad. Si no completa el formulario en su totalidad, este le será devuelto.

Cuando **usted** presente un reclamo ante Aetna Global Benefits, las siguientes pautas directrices le permitirán estar seguro de que recibirá **su tratamiento** con la mayor rapidez posible. Además, se evitarán retrasos innecesarios en el reembolso de los gastos que pueda haber solventado **usted** mismo.

Tratamiento Médico de Emergencia

En caso de admisiones de emergencia, **usted** debe comunicarse con la Línea de Ayuda Médica para Asistencia de Emergencia que le corresponda (enumeradas más abajo) o con el Centro Internacional de Servicios al Miembro, lo más rápido posible antes o inmediatamente después de una admisión **en un hospital**.

Importante: Recuerde que **usted** o su representante deben comunicarse con el Centro Internacional de Servicios al Miembro dentro de las 24 horas a partir de la fecha de admisión. Si no se cumple con este requisito, es posible que se reembolse solo el 50% de cualquier reclamo elegible.

Línea de Ayuda Médica para Asistencia de Emergencia las 24 Horas

Europa: + 44 (0)208 762 8129

Hong Kong: + 852 2970 3045

Yakarta: + 6221 7591 2847

Tratamiento Planificado para Pacientes Internados o Pacientes de Día

En caso de realizarse una admisión planificada en un **hospital**, ya sea como **paciente internado** o **de día**, le pedimos que siga los siguientes pasos

- i) En primer lugar, póngase en contacto con el Centro Internacional de Servicios al Miembro llamando al número especificado en el reverso de su tarjeta de membresía lo más rápido posible antes de la admisión. Tenga preparados los datos completos sobre **su condición médica**, el **tratamiento** propuesto (incluso las fechas y el nombre del procedimiento si los conociera), junto con el nombre de **su especialista** tratante y del **hospital** donde recibirá tratamiento.
- ii) Nuestro Centro Internacional de Servicios al Miembro le hará saber si la información que **usted** brindó es suficiente para confirmar **su** cobertura. En caso de que no lo sea, le especificarán la información adicional requerida.
- iii) Si bien nuestro Centro de Reclamos confirmará **su** cobertura de manera verbal, también le harán llegar por correo electrónico, fax o correo postal una confirmación por escrito.
- iv) En los lugares donde sea posible, **nosotros** trataremos de coordinar con **su hospital** para abonar todas las facturas elegibles directamente. Cuando este sea el caso, envíe rápidamente **su** formulario completo y cualquier factura que no ha sido pagada que usted haya recibido lo antes posible al Centro Internacional de Servicio con el cual usted ha estado comunicándose.

Importante: Recuerde que es **su** responsabilidad ponerse en contacto con el Centro Internacional de Servicios al Miembro antes de cualquier admisión planificada. Si no se cumple con este requisito, se reembolsará solo el 50% de cualquier reclamo elegible.

Tratamiento para Pacientes Ambulatorios

Usted deberá pagar en su totalidad cualquier **tratamiento** médico que reciba como **paciente ambulatorio**, y luego deberá reclamar ante el Centro Internacional de Servicios al Miembro el monto abonado. En el momento de la presentación de reclamos de reembolso, asegúrese de lo siguiente:

- La primera página del formulario de reclamo debe estar completa en su totalidad con información detallada de cada condición tratada. No deben faltar ni su firma ni la fecha en la declaración para que el reclamo sea válido.
- Debe adjuntar a **su** formulario de reclamo las facturas pagas originales (u otra prueba de pago) para todos los **tratamientos** incluidos en el reclamo.
- Si ha recibido el **tratamiento** de un quiropráctico, osteópata, homeópata o acupunturista registrado, tenga a bien adjuntar a **su** formulario de reclamo una copia de la carta de remisión que le entregó **su** médico.
- Una vez que le hayan suministrado los resultados correspondientes a pruebas de laboratorio o radiografías, debe incluir dichos resultados en **su** reclamo.

Tenga en cuenta que si el médico tratante decide cobrarle determinados honorarios por completar **su** formulario de reclamo, estos no son elegibles para reembolso conforme a lo establecido en los términos y las condiciones de la **póliza**, con lo cual **usted** deberá hacerse cargo de su pago. En caso de que su médico necesite derivarlo a otro **especialista** (para recibir los servicios de un fisioterapeuta, quiropráctico, osteópata o someterse a cualquier otro **tratamiento especializado**), asegúrese de que le entregue una carta de remisión, antes de iniciar cualquier **tratamiento** adicional.

Por favor conserve una copia para su información

Las pólizas expedidas en América Latina y en el Caribe son emitidas por Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Canon's Court, 22 Victoria Street, Hamilton, Bermuda.

GR-68585-26 SP LACP (7-10)