

Presente este formulario completo junto con las facturas y los recibos detallados. Debe presentar un formulario de reclamo por cada miembro de la familia. Pegue los recibos pequeños en una hoja más grande. Si no completa todas las secciones del formulario es posible que se demore el procesamiento del reclamo.

Médica  Dental  Maternidad  Visión  Bienestar

Consulte los documentos de su póliza para verificar la cobertura disponible a través de su plan.

**Nota importante: Asegúrese de completar el formulario de reclamo en su totalidad y devolverlo dentro de los seis meses (180 días) de la fecha de tratamiento.**

## 1. Información del miembro – Debe completarse.

Nombre de póliza \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_  
 Nombre del miembro \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del miembro \_\_\_\_\_ Número de identificación de miembro de Aetna \_\_\_\_\_  
 Dirección completa \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado/provincia \_\_\_\_\_  
 País \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono del miembro \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico del miembro \_\_\_\_\_

## 2. Información del paciente – Debe completarse.

Nombre completo del paciente \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del paciente \_\_\_\_\_ Número de identificación de Aetna del paciente \_\_\_\_\_  
 Sexo  masculino  femenino Relación  usted  cónyuge  hijo  otro \_\_\_\_\_

## 3. Otra cobertura de seguro de salud – Debe completarse.

¿Cuenta usted con otro seguro?  No  Sí Nombre de la otra compañía de seguros \_\_\_\_\_  
 Número de póliza del otro seguro \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_

## 4. Información sobre el reclamo – Incluya el diagnóstico o motivo del tratamiento para cada servicio recibido.

- Para servicios relacionados con lesiones accidentales, se debe presentar información detallada del accidente.
- Para afecciones que hayan requerido tratamientos a largo plazo, se debe presentar información detallada sobre el inicio de los síntomas o del tratamiento.
- Para reclamos por medicamentos o medicinas con receta, debe incluir la receta de su GP (general practitioner, médico general) o especialista médico.
- Los tratamientos de acupuntura, podiatría, quiropráctica, osteopatía y homeopatía requieren una remisión de su GP o especialista médico.

Fechas de servicios	Nombre y dirección del proveedor (médico, clínica, hospital, farmacia, dentista) (Si el nombre y la dirección del proveedor aparecen en los recibos, indique "ver recibos").	Descripción del servicio o nombre del medicamento o dispositivo (si es en hospital o en una institución estatal, en forma ambulatoria, con internación o como paciente de día)	Diagnóstico (motivo de la visita)	País del reclamo	Moneda del reclamo	Cargo total

Si el reclamo es por maternidad indique la fecha probable de parto.

Indique si el embarazo es producto de un tratamiento de reproducción asistida o de infertilidad.

Para los reclamos dentales, indique el diente del que se trata y asegúrese de que se incluyan detalles de los servicios recibidos.

¿Sus lesiones son consecuencia de algún accidente?  No  Sí

En caso afirmativo, el accidente: ¿estuvo relacionado con un vehículo motorizado?  No  Sí

En caso afirmativo, indique fecha \_\_\_\_\_ y hora \_\_\_\_\_  a. m.  p. m del accidente

¿O estuvo relacionado con el trabajo?  No  Sí

En caso afirmativo, indique fecha \_\_\_\_\_ y hora \_\_\_\_\_  a. m.  p. m del accidente

**Brinde información detallada del accidente en una hoja aparte.**

Por favor, conserve una copia para su información.

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

**5. Resumen del detalle de pagos – Debe completarse.**

**Opción de reembolso recurrente** – Marque alguna de las siguientes opciones, si corresponde:

- Usar la información que se brinda más abajo para pagos futuros.  
 Usar la información de pago que se brinda más abajo para este reclamo solamente.  
 Usar la información de pago que ya consta en nuestros archivos para usted.

**Información de pago**

Elija el método de reembolso de su preferencia\*:  transferencia bancaria  cheque  
(Si no se marca ninguna, el método de reembolso por defecto es un cheque emitido a nombre del miembro).

\*Los cheques son pagaderos en dólares estadounidenses únicamente. Para las transferencias bancarias es posible que se requiera información adicional al momento del reembolso.

Indique la moneda de pago de su preferencia (si no se indica ninguna, la moneda de pago por defecto es el dólar estadounidense).

Nombre del beneficiario \_\_\_\_\_ Especifique si se trata de  un miembro  un proveedor  un empleador  
Dirección de acuerdo de reclamo (si es diferente a la de la **sección 1**):

Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado/provincia \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_

**Si eligió como su método de pago de preferencia la transferencia bancaria, debe brindar la siguiente información:**

Nombre del titular de la cuenta bancaria (como figura en el resumen de cuenta) \_\_\_\_\_

Número de cuenta bancaria \_\_\_\_\_ Código del tipo de cuenta y de sucursal \_\_\_\_\_

Código IBAN\* \_\_\_\_\_ Código SWIFT/BIC \_\_\_\_\_

Código de ruta en los EE. UU./IFSC/ABA \_\_\_\_\_

Nombre del banco \_\_\_\_\_

Dirección del banco (incluir el país) \_\_\_\_\_

Número de teléfono del banco (incluir código del país) \_\_\_\_\_

\* El código IBAN es obligatorio para todas las transacciones de pago de reclamos por transferencias bancarias de los Emiratos Árabes Unidos. Debe indicarlo si utiliza cuentas bancarias de allí.

**El método más eficiente para recibir el reembolso por sus beneficios es a través de transferencias bancarias. Solicite ayuda a su banco para suministrar a Aetna International las instrucciones correctas.**

**Reembolso para los proveedores que se encuentran fuera de los Estados Unidos**

Si, de manera razonable, determinamos que algún banco central o gobierno o autoridad gubernamental pertinente impone un tipo de cambio artificial (incluido, entre otros, un tipo de cambio que no es compatible con el tipo de cambio libre del mercado) en relación con una moneda correspondiente y por cualquier motivo, podremos, a nuestra absoluta discreción, reembolsarle los reclamos válidos en virtud de este acuerdo para su procesamiento en ese país como lo decidamos de manera razonable. Al tomar dicha determinación, procuraremos garantizarle, de acuerdo con los fundamentos básicos de los contratos de seguro, una indemnización por su pérdida (sujeta a los términos y condiciones de su póliza). No obstante, no le reembolsaremos injustamente un monto mayor, como podría ser el caso si aplicáramos un tipo de cambio artificial para efectuar el pago en otra moneda.

**Proveedores de la red de Aetna fuera de los Estados Unidos**

La forma de reembolso puede consistir en el pago (i) en la moneda local correspondiente (si es viable y a la absoluta discreción de Aetna) o, (ii) si usted no tiene una cuenta bancaria en la moneda local, en la divisa en la se haya pagado la prima de la póliza y por un monto equivalente al que le hubiéramos pagado a nuestro **proveedor de la red**, en la moneda en la que se pagó la prima de acuerdo con nuestras obligaciones con dicho **proveedor de la red** (como determinemos de manera razonable), sujeto en cada caso al principio de indemnización que se mencionó anteriormente.

**Proveedores fuera de la red que se encuentran fuera de los Estados Unidos**

La forma de reembolso puede consistir en el pago (i) en la moneda local correspondiente, sujeto al principio de indemnización que se mencionó anteriormente (si es viable y a la absoluta discreción de Aetna) o, (ii) si usted no tiene una cuenta bancaria en la moneda local, en la moneda en la se haya pagado la prima de la póliza por un monto equivalente a las **tarifas razonables y acostumbradas** correspondientes.

**6. Declaración – Debe completarse.**

Declaro, a mi leal saber y entender, que toda la información suministrada en este formulario de reclamo es verdadera y correcta. Entiendo que Aetna utilizará la información suministrada tal cual fue proporcionada. Estoy de acuerdo y acepto que esta declaración da a Aetna, y a sus representantes designados, el derecho a solicitar información médica pasada, presente y futura en relación con este reclamo o cualquier otro reclamo relacionado con el miembro/la persona cubierta a terceros, incluidos los proveedores y profesionales médicos. Declaro y acepto que la información personal puede obtenerse, mantenerse, divulgarse, o transferirse (mundialmente) a cualquier organización dentro del grupo Aetna, sus suministradores, proveedores y cualquiera de sus afiliadas.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

**7. Información adicional**

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

Por favor, conserve una copia para su información.

### Cómo presentar un reclamo

Aetna International ofrece métodos alternativos de presentar formularios de reclamo para facilitar la tarea a nuestros miembros. A continuación se enumeran las opciones:

- Presentación por correo:  
**Aetna International**  
**PO Box 30545**  
**Tampa, FL 33630**
- Presentación en línea para nuestros miembros a través de nuestro portal seguro **AetnaInternational.com**.
- Presentación del reclamo por fax. Adjunte los recibos y las remisiones de su profesional médico y envíelos al **1(866) 262-9111**.
- Presentación por correo electrónico con copias de sus recibos y remisiones del profesional médico a **AmericasServices@aetna.com**.
- Para consultas sobre reclamos, comuníquese las 24 horas a nuestra línea de ayuda de Servicios al Miembro:  
**Línea gratuita: 1(866) 545-3252**  
**Llamadas directas o por cobrar: (813) 775-0220**

**Nota importante:** Asegúrese de completar el formulario de reclamo en su totalidad y devolverlo dentro de los seis meses (180 días) de la fecha de tratamiento. Si no completa el formulario en su totalidad, este le será devuelto y retrasará el procesamiento del reclamo. Tenga en cuenta que Aetna 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 el reclamo. La emisión de este formulario de reclamo no constituye de manera alguna la admisión de responsabilidad.

Consulte la sección con información general sobre reclamos para tratamientos ambulatorios, con internación o como paciente de día y preautorizaciones para las resonancias magnéticas y las tomografías computadas de su *Manual para miembros*.

**Por favor, conserve una copia para su información.**

Los programas y planes de salud son suscritos o administrados por Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd. o Aetna Life Insurance Company (ALIC).

## Cumplimiento de los planes con lo dispuesto por la ley federal Affordable Care Act (Ley de Cuidado de Salud Asequible) de los Estados Unidos

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a ningún individuo por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Aetna brinda servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades y a las que necesitan asistencia de idioma.

Si necesita un intérprete calificado, la información escrita en un formato alternativo, servicios de traducción u otro tipo de servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no brindamos estos servicios de manera adecuada o que discriminamos por alguna de las características mencionadas más arriba, puede comunicarse con el Civil Rights Coordinator y presentarle una reclamación:

Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de CA HMO: P.O. Box 24030 Fresno, CA 93779), 1-800-648-7817, TTY: 711 Fax: 859-425-3379 (clientes de CA HMO: 860-262-7705), [CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com).

También puede presentar una queja en el portal de quejas en Internet de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por escrito a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509 F, HHH Building, Washington, DC 20201. Además, puede llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

*Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, los planes de Coventry Health Care y sus compañías afiliadas (Aetna).*

TTY: 711

English	To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.
Spanish	Para acceder a los servicios lingüísticos sin costo alguno, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
Chinese Traditional	如欲使用免費語言服務，請撥打您健康保險卡上所列的電話號碼
Arabic	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقة اشتراكك.
French	Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, veuillez composer le numéro indiqué sur votre carte d'assurance santé.
French Creole (Haitian)	Pou ou jwenn sèvis gratis nan lang ou, rele nimewo telefòn ki sou kat idantifikasyon asirans sante ou.
German	Um auf den für Sie kostenlosen Sprachservice auf Deutsch zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an.
Italian	Per accedere ai servizi linguistici senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa.
Japanese	無料の言語サービスは、IDカードにある番号にお電話ください。
Korean	무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.
Persian Farsi	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید.
Polish	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych, należy zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej.
Portuguese	Para aceder aos serviços linguísticos gratuitamente, ligue para o número indicado no seu cartão de identificação.
Russian	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, приведенному на вашей идентификационной карте.
Tagalog	Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang walang bayad, tawagan ang numero sa iyong ID card.
Vietnamese	Để sử dụng các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, vui lòng gọi số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị.

Por favor, conserve una copia para su información.

Los programas y planes de salud son suscritos o administrados por Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd. o Aetna Life Insurance Company (ALIC).