



Formulario de Reclamación

Aetna Global Benefits®

Favor de completar también la página 2 de este formulario.

Médico* Farmacia* Dental* Visión*

* Consulte los documentos del plan para verificar la cobertura disponible a través de su Plan.

Favor de llenar por completo el Formulario de Reclamación, adjuntar las facturas y recibos y enviarlo por correo o facsímil. Tendrá que enviar un formulario de reclamación por cada miembro de su familia. Favor de pegar los recibos pequeños en una hoja de papel tamaño completo con cinta adhesiva.

Aetna Global Benefits/Aetna
P.O. Box 981543
El Paso, TX 79998-1543
USA

Número de teléfono: +1-800-231-7729 (fuera de EEUU, por AT&T + access)
+1-813-775-0190 (directo o a cobro revertido fuera de EEUU)
Número de facsímil: +1-800-475-8751 (fuera de EEUU, por AT&T + access)
+1-859-425-3363 (en EEUU)
Correo Electrónico: agbservice@aetna.com

1. Información sobre el empleado

Nombre del Empleador/Número del grupo _____

Nombre del Empleado _____
(nombre, inicial del segundo nombre, apellido, apodo, según figura en la tarjeta de identificación de Aetna)

Número de identificación (usar el número que figura en la tarjeta de identificación de AETNA) _____

Fecha de nacimiento del empleado (Mes/Día/Año) _____ / _____ / _____ Sexo Masculino Femenino

Calle _____

Ciudad _____ Estado/Provincia _____

País _____ Código Postal _____

Número de teléfono (incluya el código de área) _____

Correo electrónico del empleado _____

(Recomendamos que provea la dirección del correo electrónico en caso de necesitarse información adicional para tramitar su reclamación.)

2. Información sobre el paciente

Nombre del Paciente (nombre, inicial del segundo nombre, apellido, apodo) _____

Parentesco: Yo mismo Cónyuge Hijo/a Otro _____

Fecha de nacimiento del paciente (Mes/Día/Año) _____ / _____ / _____ Sexo Masculino Femenino

Si su plan incluye pautas de elegibilidad que requieren asistencia escolar como condición para la cobertura de los dependientes mayores de determinada edad, se pueden requerir una vez por año escolar: boletines de calificaciones, declaraciones de matrícula escolar y otras formas de verificación de asistencia a la escuela. Para mayor información, consulte sus documentos del plan.

3. Resumen de los servicios médicos, de farmacias, dentales y de la visión (Favor de incluir el diagnóstico del motivo por el cual recibí cada servicio.)

- **Prótesis dental** (coronas, puentes o dentaduras postizas) tendrá que enviar la siguiente información:
- Radiografías (si las radiografías no están disponibles, proveer un informe escrito del dentista).
- Complete el Informe del dentista (GC-14423) y adjúntelo a este formulario para todas las consultas odontológicas (excepto para servicios preventivos, tales como exploraciones bucodentales, radiografías, limpiezas dentales, aplicaciones de fluoruro, etc.). Asegúrese de identificar el número de diente relacionado con cada tratamiento odontológico y de incluir las fechas de extracción o colocación y el motivo de reemplazo de la dentadura o puente dental.
- Si la reclamación es por un puente o dentadura, tendrá que enviar un gráfico que muestre todos los dientes ausentes y la fecha de cada extracción.
- **Tratamiento periodontal** (enfermedad en las encías), el miembro tendrá que enviar las radiografías y la gráfica periodontal.
- **Servicios de ortodoncia**, tendrá que proporcionar la siguiente información: **fecha en que se instala el aparato, los meses que durará el tratamiento y los meses que quedan para el tratamiento.**
- **Servicios relacionados con una lesión accidental**, el paciente siempre tendrá que incluir radiografías tomadas antes del tratamiento y detalles sobre el accidente.

Fecha de Servicios (Mes/Día/Año)	Nombre y dirección del proveedor (médico, clínica, hospital, farmacia) De estar impresos en el recibo, favor de indicarlo escribiendo "see receipts"	Descripción del servicio/Nombre del medicamento/Droga/ Dispositivo (Si se prestó en el hospital, especifique si fue a nivel ambulatorio u hospitalización)	Diagnóstico (razón de la visita)	Ciudad/estado/provincia/país de la reclamación	Tipo de moneda para la reclamación	Cargo total

4. Información sobre la reclamación

Si contesta "Sí" a la pregunta a. o a la pregunta b. a continuación, tendrá que proporcionar los datos solicitados en los encasillados c y d de esta sección.

a. ¿Está la reclamación relacionada con un accidente o afección relacionada con el trabajo? Sí No

b. ¿Está la reclamación relacionada con una lesión accidental? Sí No

c. Fecha en que ocurrió el accidente (mes/día/año) _____ / _____ / _____ Hora _____ AM PM

d. Descripción del accidente (cómo y dónde)

Favor de conservar una copia para su expediente

Nombre del Empleado _____
 (nombre, inicial del segundo nombre, apellido, apodo)

5. Resumen de reintegro: el plan de ventajas Aetna Global Benefits (AGB) incluye la opción de reclamar reintegros en distintas monedas y métodos de desembolso. Indique la opción elegida en la siguiente sección. AGB se reserva el derecho de otorgar el beneficio de reintegro en el modo de pago que esté disponible para el tipo de moneda, según las circunstancias.

Si desea que el reintegro se realice con un cheque en dólares estadounidenses, diríjase a la **Sección 8**. Para cualquier otro método de reintegro, continúe completando las **Secciones 5, 6 y 7**.
 Marque una de las siguientes opciones (según corresponda). De no indicarse ninguna opción, sólo cumpliremos con esta solicitud de reintegro:
 Utilice la información de Elección de Reintegro Periódico (RRE, *Recurring Reimbursement Election*) que se encuentra en el archivo actualmente.
 Utilice la información que se presenta en las **Secciones 5 y/o 6** para indicar su elección.
 Utilice la información que se presenta en las **Secciones 5 y/o 6** para actualizar la información RRE en el archivo actual.
 Utilice la información que se presenta en las **Secciones 5 y/o 6** únicamente para los costos relacionados con este formulario de reclamo.

Resumen de reintegro (Método/ Tipo de moneda). Se aceptará sólo un método de reintegro y moneda por formulario. (A menos que se indique lo contrario, los reintegros de realizarán a través de un cheque en dólares estadounidenses a nombre del interesado).

Emplee la información que se presenta a continuación para enviar cualquier pago de reintegro correspondiente a:
 Empleado Proveedor

Método de reintegro solicitado	País/Tipo de moneda para el reintegro (por ejemplo, Reino Unido/ Libras esterlinas) Si la moneda que usted ha elegido no está disponible para el método solicitado, emitiremos el reintegro en dólares estadounidenses.
<input type="checkbox"/> Transferencia de fondos (Preferido) La transferencia de fondos es el método más efectivo para recibir el reintegro. Solicite la ayuda de su banco para dar las instrucciones indicadas a AGB.	
<input type="checkbox"/> Cheque	(Complete el País/Moneda y diríjase a la Sección 8 .)

6. Información del banco

Banco principal: si ha elegido la Transferencia de fondos como método de reintegro, deberá completar la siguiente información. AGB transferirá los fondos a su banco de forma gratuita. Sin embargo, le sugerimos que consulte si deberá afrontar algún costo adicional por recibir la transferencia.
 Número de cuenta bancaria _____
 Nombre del titular de la cuenta (como aparece en la declaración bancaria) _____
 Código de identificación del banco/Número de ruta _____
 Código S.W.I.F.T./BIC (transferencia electrónica, únicamente) CHIPS UID ABA federal ID de orden de banco IBAN
 Otro _____
 Nombre del banco _____
 Dirección del banco (incluir país) _____
 Número telefónico del banco (incluir el código del país) _____

7. Otra Cobertura de Atención de la Salud

¿Existe otro plan o sistema de atención de salud, Medicare o plan federal, estatal, nacional o social de los Estados Unidos que cubra los gastos de algún miembro de la familia? Sí No Si elige "Sí", complete el siguiente formulario.
 Nombre y parentesco del miembro de la familia _____
 (nombre, inicial del segundo nombre, apellido, apodo)
 Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 / Sexo Masculino Femenino
 Nombre de la otra compañía de seguros o tipo de seguro _____

8. Autorización (Necesario)

Para todos los depósitos electrónicos: Por la presente yo autorizo a Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Aetna Life Insurance Company y a cualquier compañía afiliada ("Aetna") o a sus agentes autorizados a efectuar pagos por cualquier beneficio asignado a mi persona o a mis dependientes, acreditando los mismos por medio de transferencias a mi cuenta bancaria del banco o institución financiera nombrada en este formulario. Estoy de acuerdo en notificar a Aetna por escrito si ocurriera algún cambio relacionado a la información provista en este formulario o del retiro de esta autorización. Estoy de acuerdo que si por alguna razón, un pago que no me corresponde es depositado en mi cuenta, yo enviaré inmediatamente la cantidad completa para cubrir este pago excesivo. Estoy de acuerdo que si no repongo la cantidad que me fue acreditada inmediatamente, me comprometo a pagar todos los gastos incurridos para recuperar este dinero (incluye gastos de abogados con los máximos intereses permitidos por la ley).
Autorización para gastos médicos, de farmacia, de visión y dentales. Favor de firmar y poner la fecha: Yo autorizo a los médicos, a otros profesionales de la salud, a farmacias/farmacéuticos, a hospitales, instituciones de atención de la salud y/o otras facilidades autorizadas por Aetna y/o que Aetna contrate, que proporcionen información relacionada con la atención de la salud, consejería, tratamiento o suministros que fueron previamente provistos al paciente, se incluye tratamiento relacionado con condiciones mentales y/o SIDA (AIDS/ARC/HIV). Esta información será utilizada con el propósito de evaluar y administrar las reclamaciones. Aetna podría proporcionar al empleador los nombres que figuran en este formulario junto con los cálculos usados para determinar la cantidad que será reembolsada por esta reclamación, con el propósito de revisar la experiencia y las actividades relacionadas con la póliza/contrato. Esta autorización es válida por el término de la póliza o contrato bajo el cual se somete la reclamación. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización cuando la solicite y entiendo que una fotocopia de esta autorización es tan válida como la original.
Advertencia: Es ilegal proveer a un asegurador información falsa o falsificar información con la intención de defraudar a la compañía de seguros o a otra persona. La penalidad por este delito es encarcelamiento o multa. Además, la compañía de seguros podría denegar los beneficios del seguro si la persona que solicita la reclamación proporciona información falsa en conexión con dicha reclamación.
 Puede optar por utilizar un formulario electrónico de firma en este formulario de reclamación en el cual confirme su verificación y declaración de los detalles suministrados anteriormente. Para evitar dudas, dicha firma electrónica será válida y vinculante como si hubiera colocado su firma original. Podemos basarnos en dicha firma electrónica como verificación y declaración vinculante que ratifica que la información anterior es precisa y no es engañosa en ningún sentido.
 Firma del paciente o de la persona autorizada _____ Fecha (Mes/Día/Año) _____