¿Tiene preguntas?
Sabemos que usted puede tener preguntas y siempre estamos aquí para ayudarlo. Llámenos en cualquier momento al número de teléfono que aparece al dorso de su tarjeta de identificación (ID) de Aetna.

También puede enviarnos un correo electrónico seguro al iniciar sesión en **www.aetnainternational.com** y hacer clic en “Contact Us” (Contáctenos).

Fácil presentación de reclamos

Este formulario se puede utilizar para presentar reclamos de servicios médicos, dentales, de visión o de farmacia.

Si está presentando un reclamo para más de una persona, necesita completar un formulario por separado para cada miembro de la familia.

Cómo Completar este Formulario

- Complete todo el formulario usando tinta negra.
- Donde corresponda, marque sus respuestas colocando una cruz: ☒
- Asegúrese de que los detalles de su pago sean precisos.
- Firme y ponga la fecha en la autorización.
- Escriba su número de identificación de miembro en cada documento que presente con su formulario de reclamo.
- Mantenga una copia del formulario completado para sus archivos.

Presentando sus reclamos

Cuando haya completado su formulario de reclamo, tendrá que presentarlo junto con las facturas y los recibos detallados. Si los recibos son pequeños, debe pegarlos en una hoja de papel. Luego, presente los documentos de la manera que prefiera. Procesaremos su reclamo y le responderemos dentro de 10 a 14 días calendario.

- **Suba su formulario***
  Ingrese en www.aetnainternational.com y haga clic en “Claims Center” (Centro de Reclamos).
- **Envíelo por fax**
  Fuera de los EE. UU.: +1-800-475-8751 (vía AT&T + código de acceso)
  Dentro de los EE.UU.: +1 859 425 3363
- **Envíelo por correo electrónico***
  Envíe documentos adjuntos a aiservice@aetna.com.
- **Envíelo por correo postal**
  Aetna International/Aetna. PO Box 981543, El Paso, TX 79998-1543, USA

Para saber el estado de un reclamo o solicitar servicios, llame a los siguientes números:
Fuera de los EE. UU.: +1-800-231-7729 (vía AT&T + código de acceso)
Por cobrar fuera de los EE. UU. o directo:+1-813-775-0190

** El límite de tamaño de los archivos adjuntos es de 10 MB.*

Algunos servicios pueden requerir información adicional

Para algunos servicios, puede necesitar presentar documentos adicionales. Si su reclamo entra en una de las siguientes categorías, usted tendrá que presentar los detalles adicionales que se enumeran a continuación.

Servicios protésicos (como coronas, puentes o dentaduras postizas):

- Radiografías (o el informe del dentista si no tiene las radiografías).
- Un odontograma que indique los dientes faltantes y las fechas de extracción.
- Fecha de colocación de prótesis anterior con el motivo para el reemplazo, si corresponde.

Servicios de periodoncia:

- Radiografías.
- Registro periodontal actualizado preoperatorio.

Servicios de ortodoncia:

- Fecha en que el dispositivo fue colocado.
- Número de meses de tratamiento.
- Número de meses restantes de tratamiento.

Servicios relacionados con lesiones accidentales:

- Radiografías de tratamiento anterior.
- Detalles del accidente.

Si su plan requiere asistencia escolar como condición para la cobertura para dependientes de más de una edad determinada, usted debe presentar lo siguiente:

- Libreta de calificaciones, estado de cuotas o cualquier documento que verifique la asistencia escolar.

1 Información personal

Sobre el miembro (solicitante)

Nombre completo (tal como aparece en la tarjeta de identificación de Aetna)

Nombre(s):

Apellido:

Número de identificación (ID) de Aetna (tal como aparece en su tarjeta de identificación de Aetna)

Fecha de nacimiento

M M D D A A A A

Sexo

☐ Masculino ☐ Femenino

Información de contacto

Teléfono *(incluya código de área o país)*:

Dirección de correo electrónico:

Dirección

Dirección completa:

Ciudad:

Estado/provincia:

País:

Código postal:

Sobre el empleador

Nombre

Número de grupo

Sobre el paciente

Nombre

Nombre(s):

Apellido:

Fecha de nacimiento

M M D D A A A A

Sexo

☐ Masculino ☐ Femenino

Relación con el miembro

☐ Empleado ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a ☐ Otra:

2 Datos para reembolso

¿A dónde quisiera que le enviemos el reembolso?

- ☐ Al miembro (solicitante)
- ☐ Al proveedor

¿Qué datos de pago debemos utilizar para reembolsarle el dinero?

- ☐ Utilice la información de RRE (*Recurring Reimbursement Election*, Opción de Reembolso Recurrente) que se encuentra actualmente en el archivo.
- ☐ Utilice la información suministrada en la sección "Detalles de pago" más abajo para establecer una RRE o para actualizar su RRE actual.
- ☐ Utilice la información suministrada en la sección Detalles de Pago más abajo solamente para los pagos relacionados con este formulario.

¿Cómo debemos procesar su reembolso?

- ☐ Por medio de una transferencia bancaria de fondos, de Aetna a la cuenta bancaria que figura a continuación.
  Esta es la forma más fácil de reembolso.
- ☐ Por cheque

¿En qué moneda le gustaría que le reembolsemos el dinero, p. ej., GBP?
Si la moneda seleccionada no se encuentra disponible en el método de reembolso que eligió anteriormente, le enviaremos el dinero en dólares estadounidenses (USD), si los datos bancarios están disponible, o un cheque en dólares estadounidenses (USD) pagadero a la parte a la que se le envía el pago, si los datos bancarios no existen.

País:

Moneda:

Detalles de pago

Si ha elegido recibir sus beneficios por transferencia bancaria, por favor complete los detalles que figuran a continuación.
Le transferiremos los fondos a su cuenta bancaria sin costo alguno para usted, pero le recomendamos consultar en su banco si le cobrarán una tarifa adicional por recibir fondos vía transferencia.

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

Número de la cuenta bancaria

Código de identificación bancaria/Número de ruta o ID/Código alternativos

☐ Código S.W.I.F.T./BIC (solo transferencias)

☐ CHIPS UID ☐ ABA federal

☐ ID del banco ☐ IBAN* ☐ Otro**

(Por favor consulte en su banco si tienen requisitos de IBAN que, en algunos países, son obligatorios y deben cumplirse para las transacciones de pago de reclamos vía transferencia bancaria de fondos, como en los Emiratos Árabes Unidos.*

*** Utilice el campo "Otro" para describir las ID o códigos alternativos indicados, como código/sucursal del banco, n.º RUT, código IFSC, n.º KBA.*

Datos bancarios

Nombre del banco:

Dirección completa:

Ciudad:

Estado/provincia:

País:

Código postal:

Teléfono *(incluya código de área o país)*

Nombre del suscriptor (nombre, inicial, apellido) Página 2

3 Información detallada del reclamo

¿Por qué tipo de servicio presenta el reclamo? *Consulte los documentos del plan para verificar qué coberturas están disponibles a través del plan.*

☐ Médico ☐ De farmacia ☐ Dental (adjunte el formulario GC-14423) ☐ De visión
(Identifique el número de diente relacionado para todos los procedimientos dentales).

Responda "Sí" o "No"
El reclamo se relaciona con un accidente o una enfermedad laborales. ☐ Sí ☐ No

El reclamo se relaciona con una lesión accidental. ☐ Sí ☐ No

Si presenta un reclamo por un accidente laboral o enfermedad relacionada, o por una lesión accidental, brinde los siguientes detalles:

Fecha del accidente | M | M | D | D | A | A | A | A |

Hora | H | H | M | M | ☐ a.m. ☐ p.m.

¿Cómo y dónde ocurrió el accidente?

Tenga en cuenta lo siguiente:
Use el espacio que aparece a continuación para resumir cada tratamiento por el cual usted presenta el reclamo. Si necesita presentar un reclamo para más de dos tratamientos, también complete la página 3 y entréguela con este formulario.

☐ Marque aquí si solo se incluyen los resúmenes de tratamiento que figuran más abajo.

Resumen del tratamiento

Fecha del tratamiento | M | M | D | D | A | A | A | A |

Cargo total (especificar moneda)

Lugar del reclamo – Nombre y dirección del proveedor

Ciudad:

Estado/provincia:

País:

Código postal:

Descripción del servicio
es decir, tipo de tratamiento, nombre del medicamento/dispositivo

Motivo de la visita

Tipo de paciente
☐ Internado ☐ Ambulatorio

En caso de internación...
¿Cuál fue la fecha de admisión? | M | M | D | D | A | A | A | A |

¿Cuál fue la fecha de alta? | M | M | D | D | A | A | A | A |

Resumen del tratamiento

Fecha del tratamiento | M | M | D | D | A | A | A | A |

Cargo total (especificar moneda)

Lugar del reclamo – Nombre y dirección del proveedor

Ciudad:

Estado/provincia:

País:

Código postal:

Descripción del servicio
es decir, tipo de tratamiento, nombre del medicamento/dispositivo

Motivo de la visita

Tipo de paciente
☐ Internado ☐ Ambulatorio

En caso de internación...
¿Cuál fue la fecha de admisión? | M | M | D | D | A | A | A | A |

¿Cuál fue la fecha de alta? | M | M | D | D | A | A | A | A |

Nombre del suscriptor (nombre, inicial, apellido) Página 3

Tenga en cuenta lo siguiente:

Use el espacio que aparece a continuación para resumir cada tratamiento por el cual usted presenta el reclamo. Si necesita presentar un reclamo para más de los dos tratamientos adicionales (que figuran abajo), haga copias de esta página antes de seguir completando y entregue todas las hojas adicionales con este formulario. Ponga número de página a las copias adicionales, comience por la página 5.

Resumen del tratamiento

Fecha del tratamiento M M D D A A A A

Cargo total (especificar moneda)

Lugar del reclamo – Nombre y dirección del proveedor

Ciudad:

Estado/provincia:

País:

Código postal:

Descripción del servicio
es decir, tipo de tratamiento, nombre del medicamento/dispositivo

Motivo de la visita

Tipo de paciente
☐ Internado ☐ Ambulatorio

En caso de internación...
¿Cuál fue la fecha de admisión? M M D D A A A A

¿Cuál fue la fecha de alta? M M D D A A A A

Resumen del tratamiento

Fecha del tratamiento M M D D A A A A

Cargo total (especificar moneda)

Lugar del reclamo – Nombre y dirección del proveedor

Ciudad:

Estado/provincia:

País:

Código postal:

Descripción del servicio
es decir, tipo de tratamiento, nombre del medicamento/dispositivo

Motivo de la visita

Tipo de paciente
☐ Internado ☐ Ambulatorio

En caso de internación...
¿Cuál fue la fecha de admisión? M M D D A A A A

¿Cuál fue la fecha de alta? M M D D A A A A

Conserve una copia para sus registros.

4 Otra cobertura de salud existente

¿Algún miembro de su familia está cubierto por otro plan o programa de salud, Medicare, u otro plan del gobierno federal, estatal, nacional o de los Estados Unidos?

☐ No →Vaya directamente a la sección 5 ("Autorización").

☐ Sí (continúe con esta sección)

Nombre de la compañía de seguros o tipo de seguro

Nombre del miembro de la familia

Nombre(s):

Apellido:

Fecha de nacimiento

M	M	D	D	A	A	A	A

Sexo

☐ Masculino ☐ Femenino

Relación con el miembro

☐ Empleado ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a ☐ Otra:

5 Autorización

Para todos los depósitos electrónicos

Por la presente autorizo a Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Aetna Life Insurance Company y a cualquiera de sus compañías afiliadas ("Aetna") o sus agentes dedicados a tal fin a realizar pagos de cualquier beneficio pagadero a mi persona o a mis dependientes, mediante la acreditación de tales pagos a mi cuenta bancaria o perteneciente a la institución financiera que fuera designada en este formulario. Acepto comunicarle a Aetna por escrito cualquier cambio relacionado con la información brindada en este formulario o la cancelación de esta autorización Acepto que si, por alguna razón, se depositan en mi cuenta beneficios pagaderos no devengados, inmediatamente realizaré un reintegro del monto total de cualquiera de esos pagos. También estoy de acuerdo en que si no reintegro esos pagos inmediatamente, seré responsable de pagar todos los costos de recaudación (incluidos los honorarios legales razonables y el interés máximo permitido por ley).

Autorización médica, dental, de farmacia y de visión

Debe estar firmada y fechada.

Autorizo a todos los médicos, otros profesionales de la salud, farmacias/farmacéuticos, hospitales e instituciones de atención de salud a brindar información relacionada con atención de salud, asesoramiento, tratamiento o suministros ofrecidos al paciente (incluida la información relacionada con enfermedades mentales o sida/ARC/VIH) a Aetna y a cualquier tercero independiente que actúe en nombre de Aetna o con quien tenga contrato. Esta información será utilizada para evaluar y administrar los reclamos. Aetna puede proporcionar al empleador mencionado en el presente formulario cualquier cálculo de beneficio utilizado en el pago de este reclamo con el propósito de revisar la experiencia y operación de la póliza o del contrato. Esta autorización es válida durante el plazo de la póliza o del contrato bajo el cual se presenta un reclamo. Conozco mi derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito y estoy de acuerdo en que una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

Advertencia: Es ilegal proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o defraudar a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una compañía de seguros puede negarse a otorgar beneficios de seguro si el solicitante hubiera proporcionado información falsa que esté sustancialmente relacionada con el reclamo.

Puede elegir usar una firma electrónica en este formulario de reclamo para confirmar que verifica y declara los detalles que dio más arriba. A fin de evitar dudas, dicha firma electrónica será válida y vinculante como si hubiera colocado su firma original. Podemos respaldarnos en dicha firma como verificación y declaración vinculantes para confirmar que la información dada más arriba es precisa y no es engañosa en ningún respecto.

Firma del paciente o de la persona autorizada

Fecha de la firma

M	M	D	D	A	A	A	A

Las compañías de Aetna no pueden pagar los servicios de atención de salud prestados en un país al que Estados Unidos haya impuesto una sanción, a menos que esté permitido, por escrito, en virtud de una licencia de la Oficina de Control de Bienes Extranjeros. Obtenga más información en el sitio en Internet del Departamento del Tesoro de los EE. UU.: **www.treasury.gov/resource-center/sanctions.**

La cobertura es asegurada por Aetna Life Insurance Company o Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.

Declaraciones falsas/fraudulentas
Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.
Declaraciones sobre fraude para los Estados Unidos:
Atención, residentes de Alabama: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o reclusión en una prisión, o cualquier combinación de estas. **Atención, residentes de Arkansas, Distrito de Columbia, Rhode Island y Virginia Occidental**: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de California: Para su protección, la ley de California exige que esta solicitud contenga el aviso detallado a continuación.** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en una prisión estatal. **Atención, residentes de Colorado:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, brinde información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante, con el propósito de defraudarlo o intentar defraudarlo en relación con una concesión o un acuerdo pagadero con las recaudaciones del seguro, será denunciado a la división de seguros de Colorado, dentro del departamento de agencias reguladoras. **Atención, residentes de Florida:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado. **Atención, residentes de Kansas:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado. **Atención, residentes de Kentucky:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de **defraudar** a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga información esencialmente **falsa** o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto de fraude al seguro, lo cual constituye **un delito**. **Atención, residentes de Louisiana:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y está sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de Maine y Tennessee:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones pueden consistir en arresto, multas o la denegación de los beneficios del seguro. **Atención, residentes de Maryland:** Toda persona que, a sabiendas o de manera deliberada, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa o de manera deliberada, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de Missouri**: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños y perjuicios, según lo determine un tribunal de justicia. Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defrauda o engaña a una compañía de seguros puede ser culpable del delito de fraude, según lo determine un tribunal de justicia. **Atención, residentes de Nueva Jersey:** Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud para una póliza de seguro o a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Nueva York:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones civiles que no exceden los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones. **Atención, residentes de Carolina del Norte:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Ohio:** Toda persona que, con intención de defraudar o consciente de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o reclamo que contenga declaraciones falsas o engañosas es culpable de fraude al seguro. **Atención, residentes de Oklahoma:** ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente un reclamo por las recaudaciones de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave. **Atención, residentes de Oregón:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado. **Atención, residentes de Pensilvania:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles**.Atención, residentes de Puerto Rico:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o aliente a presentar un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida u otro beneficio o presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito grave. Si la persona es declarada culpable, será castigada por cada violación con una multa no inferior a cinco mil dólares ($5,000) y no superior a diez mil dólares ($10,000). También podrá ser encarcelada por un período fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, el período fijo de encarcelamiento puede ascender a un máximo de cinco (5) años y, si existen circunstancias atenuantes, el período de encarcelamiento puede ser reducido a un mínimo de dos (2) años. **Atención, residentes de Texas:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga cualquier distorsión intencional de un hecho esencial o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede cometer un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Vermont:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Virginia:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Washington:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro.