



## Solicitud de apelación de una denegación de reclamación de Aetna Medicare Advantage Plan

Dado que Aetna (o uno de nuestros delegados) denegó su solicitud de pago de beneficios médicos, usted tiene derecho a solicitarnos una apelación de nuestra decisión. Tiene 65 días calendario a partir de la fecha de la denegación para solicitarnos una apelación. Debe enviarnos este formulario por correo o fax usando la información a continuación:

**Dirección:**

Aetna Medicare Part C Appeals  
PO Box 14067  
Lexington, KY 40512

**Número de fax:**

1-724-741-4953

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web en [www.aetnamedicare.com](http://www.aetnamedicare.com).

**Quién puede realizar una solicitud:** Si desea que otra persona (como un familiar, su médico o un amigo) solicite una apelación en su nombre, dicha persona debe ser su representante. Para obtener información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con nosotros al **1-888-267-2637, (TTY 711), de 08:00 a. m. a 09:00 p. m., de lunes a domingo.**

### Información del miembro inscrito

Nombre del miembro inscrito		Fecha de nacimiento
Dirección del miembro inscrito		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono principal ( )	N.º de identificación de plan del inscrito	
Teléfono celular ( )	Teléfono alternativo ( )	

### Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el miembro inscrito:

Nombre del solicitante		Relación del solicitante con el miembro inscrito
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono principal ( )	Número de fax ( )	
Teléfono celular ( )	Teléfono alternativo ( )	

**Documentación de representación para solicitudes de apelación realizadas por un tercero que no es el miembro inscrito:** Si desea que otra persona (como un familiar, su médico o un amigo) presente una apelación en su nombre, dicha persona debe ser su representante. Es posible que esa persona ya sea su representante si usted ha presentado documentación en su estado, como los papeles de un Poder de representación. Adjunte un Formulario de autorización de representación CMS-1696 completo o un equivalente por escrito. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o al **1-800-Medicare**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

**Detalles de la reclamación**

Nombre del proveedor		Fecha de prestación del servicio	
Dirección del proveedor			
Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono (   )	Monto de la apelación		
Teléfono alternativo (   )	Número de fax (   )		

**Explique los motivos de su apelación.**

Adjunte páginas adicionales si es necesario. Adjunte toda la información adicional que considere que puede colaborar con su caso, como una declaración de su médico y los registros médicos relevantes. Le recomendamos consultar la explicación que proporcionamos en la denegación.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

<b>Firma de la persona que solicita la apelación</b> (el miembro inscrito o el médico o representante del miembro inscrito)	<b>Fecha</b>
--	--------------