



# 2024 Forma de reembolso de gastos de bienestar físico

ECHS Category: SP07

**A través del reembolso de gastos de bienestar físico, Aetna® Medicare les devuelve a los miembros lo que hayan pagado por ciertos suministros y actividades que mejoran el bienestar físico y los resultados en cuanto a la salud.**

Antes de solicitar el reembolso, responda estas preguntas para determinar si cumple con los requisitos para recibirlo. Si responde “No” a alguna de ellas, el artículo no cumple con los requisitos para el reembolso.

1. ¿Consultó las exclusiones de la Evidencia de cobertura, actualizada en abril? ¿Sí/No?
2. ¿Compró este artículo en 2024 para usarlo en 2024? ¿Sí/No?
3. ¿Este artículo o servicio es únicamente para uso personal? ¿Sí/No?
4. ¿Tiene un recibo detallado para cada artículo o servicio? Un recibo detallado incluye la fecha de compra, el nombre de la tienda al por menor, la dirección de la tienda, una descripción del artículo y el monto que se pagó. ¿Sí/No?

## Cómo completar esta forma de reembolso

### Cuándo usar esta forma

1. Complete esta forma si solicita el reembolso de tarifas de actividades, artículos portátiles o suministros para el bienestar físico que tengan cobertura. No use esta forma para solicitar otros tipos de beneficios de reembolso.
2. Envíe una forma por cada recibo detallado.

### Cómo completar esta forma

1. Complete cada sección con letra de imprenta legible. Use solo tinta negra.
2. Lea la declaración de la sección 3 abajo. Firme y coloque la fecha en la forma.
3. Si la persona que firma la forma no es el miembro, el plan de salud debe tener registrada una forma de designación de representante. Encontrará una forma de designación de representante en [AetnaMedicare.com](https://www.aetna.com)

### Dónde enviar la forma completa

1. Escriba su número de identificación de miembro de Aetna® sobre cada recibo detallado y en la parte superior de cada página de esta forma. Haga copias de todos estos materiales a modo de registro. No le devolveremos sus documentos.
2. En el recibo detallado debe figurar con claridad qué se compró, cuándo se compró y cuánto costó.
3. Envíe por correo esta forma completa y los recibos detallados originales a la dirección que aparece en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna.
4. También puede enviar por fax esta forma completa junto con los recibos originales al [1-866-474-4040](tel:1-866-474-4040).

### Lo que debe recordar

1. Debe proporcionar toda la información solicitada. Si no lo hace, podríamos demorar más en reembolsarle el dinero; o posiblemente no podamos hacerlo.
2. Una vez que se aprueba la solicitud, podemos demorar hasta 45 días en enviarle un cheque a la dirección que figura en nuestros registros.

**Sección 1: Información del miembro (escribir en letra de imprenta legible). TODOS los campos son obligatorios**

**Identificación del miembro de Aetna:**

**Fecha de nacimiento:**

 /  / 

**N.º de teléfono (con código de área)**

**Apellido, nombre, inicial del segundo nombre**

**Correo electrónico:**

**Dirección:**

**Ciudad:**

**Estado:**

**Código postal:**

**Sección 2: Solicitud de reembolso (la información debe coincidir con el recibo detallado)**

**Seleccione a continuación la categoría de reembolso (una sola) que coincida con el recibo detallado que presenta para esta solicitud.**

**Tarifas de membresía, actividad o servicio para el bienestar físico**

El recibo detallado debe reflejar únicamente el año actual del plan. Si su membresía o actividad para el bienestar físico abarca varios años, pida un recibo detallado con solo la parte que corresponde al año actual del plan. El pago debe haberse realizado dentro del año del plan.

**Nombre de la tienda al por menor:**

**Dirección de la tienda:**

**Fecha de compra (DD/MM/AAAA):**

 /  / 

**Monto pagado:**

\$  .

**Fecha de inicio de la membresía en el servicio para el bienestar físico o actividad (DD/MM/AAAA):**

 /  / 

**Fecha de vencimiento de la membresía en el servicio para el bienestar físico o actividad (DD/MM/AAAA):**

 /  /

Identificación del miembro de Aetna:  **Suministros para la actividad o el bienestar físico**

Debe incluir un recibo detallado que demuestre que la compra se realizó dentro del año del plan y donde conste de manera clara el nombre de la tienda al por menor. En el recuadro a continuación, incluya el nombre de la tienda y una descripción del artículo. No se permiten los artículos que haya comprado a un revendedor, por ejemplo, a través de Facebook Marketplace, eBay o ventas de garaje y ferias americanas.

Nombre de la tienda al por menor:

Dirección de la tienda:

Fecha de compra (DD/MM/AAAA):

Monto pagado:

 /  / \$  . 

**Si el monto de la compra supera los \$100**, debe demostrar, además, que usted mismo usó el artículo o los suministros que adquirió para hacer alguna actividad que mejora el bienestar físico. Si lo tiene, presente un recibo que refleje el uso del artículo. Si no tiene un recibo, en los recuadros a continuación describa detalladamente cómo usa el artículo.

Fecha de la actividad:

Lugar de la actividad:

 /  / 

Descripción de la actividad en la que se usó el suministro:

¿Tiene un recibo detallado? Si lo tiene, junto con esta forma presente una copia del recibo detallado a modo de comprobante. Tenga en cuenta que si también quiere recibir un reembolso por la tarifa de esta actividad, debe presentar una forma de reembolso de gastos de bienestar físico aparte, junto con el recibo detallado original de la tarifa de la actividad.

Identificación del miembro de Aetna:

 **Artículos portátiles: monitor de bienestar físico**

Los monitores de bienestar físico tienen cobertura, pero se limita a uno por miembro por año del plan. Junto con esta forma, debe enviar el recibo detallado del monitor de bienestar físico y describir cómo lo usa para mejorar su bienestar físico.

Nombre de la tienda al por menor:

¿El monitor está registrado a su nombre?

 Sí  No

Fecha de compra (DD/MM/AAAA):

 /  / 

Monto pagado:

\$  . Tipo de monitor de bienestar físico  
(por ejemplo: Apple Watch):

Describa cómo usa el monitor:

**Sección 3: Firma obligatoria**

Al firmar y presentar esta forma, usted certifica que la información es verdadera y correcta, y que los artículos o servicios para los que solicitó el reembolso son únicamente para uso personal. Usted certifica que entiende que quien presenta deliberadamente un reclamo con información falsa o engañosa puede ser responsable de un fraude y queda sujeto a sanciones penales o civiles.

---

**Identificación del miembro de Aetna**


---

**Firma del miembro o del representante autorizado**


---

**Fecha**

## Sección 4: Reconocimiento

### ¿Tiene preguntas?

Estamos a su disposición. Llámenos al **número que figura en su tarjeta de identificación, de 8 a. m. a 8 p. m. los 7 días de la semana.**

Consulte la *Evidencia de cobertura* para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan. Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar según el área de servicio.

### Descargos de responsabilidad importantes

Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros, o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos sustanciales de dicha solicitud o declaración comete un acto fraudulento contra el seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

© 2024 Aetna Inc.

Y0001\_NR\_3864035\_2024\_SP\_C