



Forma de reembolso de Medicare para miembros de planes individuales de Medicare

Sección 1: Información del miembro *(escribir en letra de imprenta legible)*

Identificación del miembro de Aetna®: Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): / /

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 reclamo *(la información debe coincidir con la factura detallada)*

Fecha del servicio o de la compra (DD/MM/AAAA): / / Tipo de reembolso *(seleccione una opción)*:

Monto pagado: \$, .

- Servicios dentales
- Servicios médicos
- Servicios de la vista
- Vacunas
- Pelucas

Descripción de los procedimientos, servicios o artículos comprados *(incluir el código de procedimiento en caso de estar disponible)*:

Si el reclamo se relaciona con vacunas o servicios dentales, médicos o de la vista, complete la sección 3. De lo contrario, vaya a la sección 4.

Sección 3: Médico, dentista o proveedor del cuidado de la salud

Persona o proveedor del cuidado de la salud:

N.º de NPI del proveedor

(pídale el número nacional de identificación de proveedor a su proveedor):

N.º de TIN del proveedor

(pídale el número de identificación fiscal a su proveedor):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

N.º de teléfono (con código de área):

 - -

Sección 4: Transacción en punto de venta de artículos o servicios, por ejemplo, tienda al por menor (omite esta sección si ya completó la sección 3).

Nombre de la tienda al por menor, etc.:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Sección 5: Firma

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

¿Tiene preguntas?

Estamos a su disposición. Llámenos al **número que figura en su tarjeta de identificación.**
Atendemos 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.

© 2023 Aetna Inc.

Y0001_NR_37588_2024_SP_C

Instrucciones para obtener reembolsos

Cómo completar esta forma de reembolso

Cuándo usar esta forma

1. Complete esta forma si solicita el reembolso de un servicio cubierto (como vacunas, pelucas o servicios dentales, médicos o de la vista) o si le pagó a un médico, un profesional del cuidado de la salud o un proveedor de artículos y servicios que no nos facturó directamente a nosotros. Lea la información a continuación para saber más sobre los tipos de vacunas.
2. No use esta forma para solicitar reclamos por medicamentos con receta o vacunas contra el herpes zóster; el virus sincitial respiratorio (VSR); el tétanos y la difteria (Td); la difteria, el tétanos y la tosferina (tos convulsa) (Tdap); la hepatitis A o la hepatitis B. Visite [AetnaMedicare.com](https://www.aetna.com) o llame al número de Servicios al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de miembro para obtener una forma de reclamo de medicamentos con receta.
3. Complete una forma por separado para cada tipo de reembolso.

Cómo completar esta forma

1. Complete cada sección. Complete con letra de imprenta legible y use solo tinta negra. También puede visitar [AetnaMedicare.com/reimburse](https://www.aetna.com/reimburse) para completar la información en la forma en línea.
2. Firme y coloque la fecha en la parte inferior de la forma completa. Si usted completa la forma en nombre de otra persona, debe figurar en nuestros registros una forma de representante designado. Puede encontrar esta forma en [AetnaMedicare.com/forms](https://www.aetna.com/forms).

Dónde enviar la forma completa

1. Haga copias de todos los recibos y las facturas detalladas de su proveedor. Asegúrese de incluir su número de identificación de miembro de Aetna® en cada recibo y factura. Conservaremos toda la documentación enviada; no le será devuelta.
2. Envíe un comprobante de pago. En este debe figurar con claridad qué se compró, cuándo se compró, cuánto costó y cómo se pagó.
3. Envíe por correo esta forma completa, las facturas detalladas y los recibos originales a la dirección que aparece en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna.
4. También puede enviar por fax esta forma completa, las facturas detalladas y los recibos originales al [1-866-474-4040](tel:1-866-474-4040).

Lo que debe recordar

1. Presente esta forma en el plazo de 365 días a partir de la fecha del servicio o de la transacción.
2. Complete la forma con toda la información requerida. Si la solicitud está incompleta, se demora el tiempo de procesamiento. Nos comunicaremos con usted o su proveedor si necesitamos más información. Si no podemos obtener la información faltante, el reclamo será rechazado.
3. En caso de aprobarse la solicitud, tenga en cuenta que tardamos hasta 45 días en enviarle el pago luego de haber reunido toda la información necesaria.