



# Formulario de reembolso de reclamaciones médicas de Medicare

## Información del miembro *(escriba con claridad en letra de imprenta)*

ID de miembro de Aetna:

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):

Hombre  Mujer

 /  / 

No binario/otro

(Si prefiere no dar esta información, deje el espacio en blanco)

Apellido

Primer nombre

Inicial del segundo nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono *(con código de área)*:

 -  - 

## Información del médico, profesional de salud o suministrador

Nombre del proveedor o suministrador (nombre del médico individual):

Número de NPI del proveedor (Número de registro nacional del proveedor [obtenga este número de su proveedor]):

Número de TIN del proveedor (Número de identificación fiscal [obtenga este número de su proveedor]):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono *(con código de área)*:

 -  - 

## Solicitud de reclamación *(la información debe coincidir con la factura detallada)*

Fecha de servicio (MM/DD/AAAA):

Monto pagado:

Tipo de reembolso:

 /  / 

\$  ,  .

- Médico  Dental  De anteojos  
 Físico fuera de la red  
 De una vacuna  De audífonos  
 Otro

Descripción de los procedimientos, servicios o productos  
*(incluir el código de procedimiento si está disponible)*

## Firma

Si firma y envía este formulario, certifica que la información es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_

**Firma del miembro o representante autorizado**

\_\_\_\_\_

**Fecha**

## Acuse de recibo

Comprende que es un delito completar este formulario con información que usted sabe es falsa. Comprende que la entrega de una reclamación no le garantiza que recibirá el pago o el pago del monto total. Comprende que, si los servicios se consideran servicios cubiertos, el plan de salud le reembolsará hasta el monto del beneficio menos cualquier deducible, coseguro o copago aplicable. Comprende que es posible que tengamos que revelar la información del formulario a otras personas y entidades para procesar la reclamación.

### ¿Tiene preguntas?

Estamos aquí para ayudar. Simplemente llámenos al **1-833-570-6670 (TTY:711)**.

### Descargos de responsabilidad importantes

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude, perjuicio o de engañar a cualquier compañía de seguro u otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación con información sustancialmente falsa, u oculte, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho material en relación con esto, comete un acto fraudulento de seguro, el cual se considera un delito y somete a esa persona a estar sujeta a sanciones penales y civiles.

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.

© 2021 Aetna Insurance Company

Y0001\_NR\_0009\_SP

# Instrucciones de reembolso

## ¿Cómo completar este formulario de reembolso de reclamaciones médicas?

### ¿Cuándo utilizar este formulario?

1. Complete este formulario si está solicitando el reembolso de un servicio médico, dental, de anteojos, de audífonos, de una vacuna cubierto o el reembolso por acondicionamiento físico que pagó a un médico, profesional salud o proveedor de servicio que no nos facturó directamente.
2. No utilice este formulario para reembolsos de reclamaciones de medicamentos con receta. Visite [AetnaMedicare.com](http://AetnaMedicare.com) o llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que se encuentra en la identificación de miembro para recibir un formulario de reclamación de medicamentos con receta.

### ¿Cómo completar este formulario?

1. Complete cada sección. Escriba con claridad en letra de imprenta y solo con tinta negra o ingrese la información en línea en el formulario.
2. Firme y escriba la fecha al final del formulario completo. Los representantes designados deben tener un formulario de nombramiento de un representante en los registros del plan de salud o pueden enviarlo con este formulario. Puede obtener un formulario de nombramiento de un representante en [AetnaMedicare.com](http://AetnaMedicare.com).

### ¿A dónde enviar el formulario completo?

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 todos los materiales entregados y no se los podremos devolver.
2. Envíe este formulario completo con los recibos y las facturas detalladas originales a la dirección de reclamaciones médicas que se encuentra en su identificación de miembro de Aetna.
3. También puede enviar por fax este formulario completo con los recibos y las facturas detalladas originales al **1-866-474-4040 (TTY: 711)**.

### Aspectos para recordar

1. Envíe este formulario dentro de los 365 días posteriores a la fecha en la que recibió el servicio o el producto.
2. Si su solicitud está incompleta, nos comunicaremos con usted con respecto a su Explicación de beneficios mensual y esto demorará el procesamiento.
3. Usted debe proporcionar el nombre del médico individual que prestó el servicio.
4. Si aprobamos su solicitud, podemos demorar hasta 45 días para enviar el pago una vez que tengamos toda la información necesaria.