



Plan médico global

Formulario de reclamo de reembolso

Aetna Global Benefits®

Por favor asegúrese de que **su** formulario de reclamo de reembolso este completo y ha sido enviado dentro de los seis meses de **su tratamiento médico** inicial. Si **su** formulario no está completo, resultará en que el formulario será devuelto a **usted** interrumpiendo el proceso de **su** reclamo de reembolso. Tenga en cuenta que Aetna Global Benefits no se hace responsable de ningún costo asociado con la completación de este formulario o por cualquier información adicional o documentos requeridos por **nosotros** para poder evaluar **su** reclamo de reembolso. No se acepta ninguna responsabilidad al emitir este formulario de reclamo de reembolso.

Si usted no consta con suficiente espacio en esta sección, por favor proporcione los detalles completos en una hoja separada.

Envíe este formulario completado por correo o fax a **nosotros** o a **su** agente.

Aetna Global Benefits
PO Box 30545
Tampa, Florida 33630
USA

TF: +1 866 545 3252 (dentro de los EE.UU. solamente)
T: +1 813 775 0220
F: +1 860 262 9111
E: AmericasServices@aetna.com

Información del titular de la póliza

Nombre del titular de la póliza	Número de la póliza
---------------------------------	---------------------

Sección A: Detalles del paciente – debe ser completado por el miembro.

1. Apellido		
2. Primer nombre e inicial del segundo nombre		3. Fecha de nacimiento (día/mes/año)
4. Dirección		
5. Número de teléfono de contacto	6. Fax/móvil	7. Email
8. ¿Tiene usted otro seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si respondió sí, favor proporcione todos los detalles en una hoja separada.</i>		9. ¿Sus lesiones fueron causadas por un accidente ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si respondió sí, favor proporcione todos los detalles en una hoja separada.</i>

Por favor guarde una copia para sus archivos.

Las pólizas emitidas en Latinoamérica y el Caribe son emitidas y administradas por Goodhealth Worldwide (Global) Limited c/o Aetna Global Benefits Administrators Inc., una compañía de Aetna. Dirección registrada: 201 South Biscayne Boulevard, Miami, FL 33131, USA.

Sección B: Reembolso de reclamo – Debe ser completado por el miembro. Es esencial que toda la información sea completada si **vamos** a realizar una transferencia internacional.

Por favor marque uno de los siguientes (si corresponde):

i) Por favor pagar al médico/proveedor del **tratamiento**.

ii) **Transferencia bancaria al portador(a):**

Use los detalles archivados del banco para enviar una **transferencia de fondos electrónica**.

Use los detalles del banco de abajo para este reclamo solamente.

Use los detalles del banco de abajo para futuros reembolsos hasta recibir un nuevo aviso.

Datos del banco: Se exige que la siguiente información esté completa. AGB le transferirá a usted los fondos sin costo alguno; sin embargo, le animamos a que verifique con su banco sobre tarifas adicionales que pueden cargarle a usted por estas transacciones.

Por favor complete esta sección en LETRAS MAYÚSCULAS Y EN LETRA DE MOLDE.

Tipo de moneda en la cual **usted** desea ser reembolsado(a): _____

Nombre del titular de la cuenta (como aparece en su estado de cuenta bancaria): _____

Número de su cuenta bancaria (o IBAN): _____

Código de identificación del banco/código de ruta: _____

Tipo de código de ruta: Código SWIFT/BIC CHIPS UID ABA federal Bank Sort ID Otro _____

Nombre del banco: _____

Dirección del banco (incluir país): _____

Número de teléfono del banco (incluyendo el código del país): _____

iii) **Cheque: Portador(a):** _____ **Moneda:** _____

Dirección a la cual la carta de pago debe ser enviada:

Sección C: Declaración

“Declaro que toda la información, ha mi mejor conocimiento, proporcionada en este formulario de reclamo de reembolso es verdadera y correcta. También entiendo que esta declaración le da permiso a Aetna Global Benefits y a sus representantes designados a buscar cualquier información de una tercera persona requerida para completar la evaluación de este reclamo de reembolso incluyendo, pero no limitado a, mis actuales y previos **profesionales médicos**. Declaro y estoy de acuerdo que toda la información personal recaudada o retenida por Aetna Global Benefits, sea contenida en este formulario de reclamo de reembolso o de otra forma obtenida, puede ser usada por Aetna Global Benefits, o puede ser divulgada o transferida a cualquier organización dentro del grupo de compañías de Aetna, sus proveedores y socios, a nivel mundial con el propósito de 1) proporcionar seguro continuo y servicio al cliente, 2) procesar y validar pagos de tarjeta de crédito, 3) generar estadísticas para proporcionar materiales de mercadeo relacionados con los servicios de seguro de Aetna Global Benefits o de sus compañías asociadas, y 4) procesar reclamos o análisis del seguro.”

Firma del paciente (Si el paciente es menor de 18 años, el padre o tutor debe firmar)	Fecha (día/mes/año)
---	---------------------

Por favor guarde una copia para sus archivos.

Sección D: Información del reclamo de reembolso: Debe ser completado por el **profesional médico o profesional dental** del paciente.

1. Detalles de la condición médica que requiere tratamiento : <i>(Por favor proporcione el diagnostico preciso, si es conocido.)</i>	
2. La causa subyacente	
3. Si este reclamo es por maternidad, por favor indique si el embarazo es el resultado de cualquier forma de concepción asistida.	
4. ¿Cuánto tiempo ha existido esta condición?	5. ¿Cuándo se dio cuenta el paciente por primera vez de sus síntomas antes de buscar consejo médico?
6. Fecha de su primera consulta con cualquier profesional médico para esta condición.	7. ¿Ha sufrido de esta condición o una similar anteriormente?
8. Por favor confirme el posible periodo del tratamiento y el pronóstico (si es conocido):	
9. Nombre y dirección del médico/dentista referido <i>(Sólo complete si el paciente ha sido referido a usted.)</i>	
10. Por favor detalle cualquier prueba diagnóstica realizada y adjunte los resultados.	
11. Esta pregunta se trata sólo del tratamiento dental . ¿Es este reclamo de reembolso por un chequeo de rutina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Sección E: Datos del profesional médico o del profesional dental: Debe ser completado por el **profesional médico o el profesional dental** del paciente.

****IMPORTANTE** Asegúrese de que:**

1. Todos los recibos y recetas médicas originales estén adjuntas.
2. El formulario de reclamo de reembolso este totalmente completo.
3. Las declaraciones estén firmadas y fechadas.
4. Todas las pruebas de laboratorio estén adjuntas.
5. El diagnóstico y causas subyacentes estén confirmadas.

Esto asegurará que **su** reclamo de reembolso sea revisado a tiempo.

Estampilla oficial:

Nombre del profesional médico		
Dirección del profesional médico		
Número de teléfono	Número de fax	Email
Firma del profesional médico		Fecha (día/mes/año)

Por favor guarde una copia para sus archivos.

Nota importante:

No se acepta ninguna responsabilidad al emitir este formulario de reclamo de reembolso. Si no completa en su totalidad **su** formulario, el formulario le será devuelto a **usted**. Cuando **usted** está enviando un reclamo de reembolso a Aetna Global Benefits, las siguientes directrices le ayudarán asegurar que **usted** reciba **su tratamiento** lo más pronto posible y así evitar cualquier retraso innecesario en el reembolso de cualquier costo que **usted** haya pagado.

Tratamiento médico de emergencia

En el caso de admisiones de **emergencia**, **usted** debe contactar a la línea de ayuda médica para asistencia en caso de **emergencia** más cercana a **usted** listado abajo o al Centro de Servicio al Miembro Internacional lo antes posible antes de o inmediatamente después de una admisión **hospitalaria**.

Importante: Recuerde que **usted** o **su** representante debe contactar al Centro de Servicio al Miembro Internacional en el plazo de 24 horas desde la fecha de admisión. De no hacerlo, el resultado puede ser que sólo le sea reembolsado el 50 % de cualquier reclamo elegible.

Línea de ayuda médica para asistencia en caso de **emergencia** las 24 horas

Europa + 44 (0)208 762 8129

Hong Kong + 852 2970 3045

Jakarta + 6221 7591 2847

Tratamiento para hospitalización planificada o para pacientes de día

En el caso de una admisión al **hospital** planificada para **pacientes hospitalizados** o **pacientes de día**. Queremos pedirle que siga los siguientes pasos.

- i) Primero que todo, contacte al Centro de Servicio al Miembro Internacional al número que aparece en la parte posterior de **su** tarjeta de membresía lo más antes posible previo a la admisión, y tenga listo todos los detalles sobre **su condición médica, tratamiento** propuesto (incluyendo las fechas y nombre del procedimiento, si se conocen), junto con el nombre de **su** especialista tratante y el **hospital** donde será tratado.
- ii) **Nuestro** Centro de Servicio al Miembro Internacional le hará saber si la información que **usted** proporcionó es suficiente para confirmar **su** cobertura. Si no lo es, ellos le harán saber que información adicional será requerida.
- iii) **Nuestro** centro de reclamos le confirmará verbalmente **su** cobertura, y también le enviarán una confirmación por escrito vía email, fax o correo postal.
- iv) Cuando sea posible, **nosotros** nos arreglaremos con **su hospital** para pagar todas las facturas elegibles directamente. Cuando esto sea arreglado, por favor envíe todos **sus** formularios completos y cualquier factura que no ha sido pagada que **usted** haya recibido lo antes posible al Centro de Servicio al Miembro Internacional con el cual usted ha estado comunicándose.

Importante: Por favor recuerde que es **su** responsabilidad contactar al Centro de Servicio al Miembro Internacional antes de cualquier admisión planificada. De no hacerlo, resultará en sólo un 50 % de reembolso por cualquier reclamo elegible.

Tratamiento de pacientes ambulatorios

Cualquier **tratamiento** médico que **usted** reciba como **paciente ambulatorio** debe ser pagado por completo por **usted** y reclamado por el Centro de Servicio al Miembro Internacional. Cuando presente cualquier reclamo para reembolso, por favor asegúrese de:

- **Completar** la primera página del formulario de reclamo de reembolso detallando cada condición médica tratada. **Usted** debe firmar y fechar la declaración para poder permitir que el reclamo sea validado.
- **Adjuntar** los recibos de pagos originales (o comprobantes de pago) a **su** formulario de reclamo de reembolso de todos los **tratamientos** por los cuales **usted** está realizando un reclamo.
- **Adjuntar a su** formulario de reclamo de reembolso una copia de la carta de referencia médica que le fue proporcionada por su médico, cuando **su tratamiento** ha sido proporcionado por un quiropráctico, osteópata, homeópata o acupunturista.
- Incluir los resultados de las pruebas con **su** reclamo de reembolso cuando los resultados de laboratorio correspondiente y/o radiografías han sido proporcionadas.

Tenga en cuenta que cualquier cargo que pueda haber sido realizado por un médico para completar **su** formulario de reclamo de reembolso no es elegible para ser reembolsado bajo los términos y condiciones de la **póliza** y **usted** será responsable de cancelar esos costos. Si **su** médico necesita referirlo a **usted** a otro especialista (psicoterapia, quiropráctico, osteopatía, o cualquier otro **tratamiento de especialista**), asegúrese de que le proporcionen a **usted** una carta de referencia médica, antes de comenzar cualquier **tratamiento**.

Por favor guarde una copia para sus archivos.

Las pólizas emitidas en Latinoamérica y el Caribe son emitidas y administradas por Goodhealth Worldwide (Global) Limited c/o Aetna Global Benefits Administrators Inc., una compañía de Aetna. Dirección registrada: 201 South Biscayne Boulevard, Miami, FL 33131, USA.

GR-68585-19 SP GHP (12-09)