



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 60 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**.

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 ()	

