Forma de reembolso de Medicare para miembros de planes de grupo de Medicare patrocinados por empleadores

Instrucciones para obtener reembolsos

Cómo completar esta forma de reembolso

Cuándo usar esta forma

1. Complete esta forma si solicita reembolso de servicios cubiertos, como dentales, bienestar físico, audición, médicos, ciertas vacunas, vista, pelucas y otros. También puede usar la forma si pagó a un médico, profesional de la salud o proveedor de artículos y servicios que no nos facturó directamente.
2. **No use esta forma** para reclamos de medicamentos con receta ni para el reembolso de ciertas vacunas, como herpes zóster; RSV; tétanos/difteria (Td); tétanos, difteria y tos ferina (Tdap); hepatitis A o hepatitis B. En cambio, visite **AetnaRetireePlans.com** o llame a Servicios al Cliente al número que está en su tarjeta de identificación de miembro y pida una forma de reclamo de medicamentos con receta.
3. Complete una forma por separado para cada tipo de reembolso.

Cómo completar esta forma

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 presentados; no podemos devolvérselos.
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. Complete cada sección con letra de imprenta legible. Use solo tinta negra. O puede iniciar sesión en **Health.Aetna.com/digital-claims** para presentar la información en línea.
4. Firme y coloque la fecha en la parte inferior de la forma completa. Si la persona que firma la forma no es el miembro, el plan de salud debe tener registrada una forma de designación de representante. Puede encontrar esta forma en **AetnaRetireePlans.com**.

Dónde enviar la forma completa

1. 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.

   Aetna Medicare
   PO Box 981106
   El Paso, TX 79998-1106
2. O envíe por fax esta forma completa, las facturas detalladas y los recibos originales al **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. **Nota importante:** El reembolso directo al miembro de gastos de bienestar físico se basa en la fecha de envío descrita en la lista de costos compartidos (SOC).
2. Debe proporcionar toda la información solicitada. Si no lo hace, podríamos demorar más en reembolsarle el dinero. O posiblemente no podamos hacerlo.
3. 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 *(letra de imprenta legible)*			
Identificación del miembro de Aetna®:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	N.º de teléfono (con código de área):	
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Dirección:	Ciudad:		
Estado:	Código postal:	Correo electrónico:	

Sección 2: Solicitud de reclamo (la información debe coincidir con la de la factura detallada)				
Tipo de reembolso (seleccione una opción): ☐ Cobertura dental ☐ Bienestar físico ☐ Cobertura de la audición ☐ Cobertura médica ☐ Vacunas ☐ Cobertura de la vista ☐ Pelucas ☐ Otros				
Fecha del servicio o de la compra	Código de procedimiento (si corresponde)	Descripción del servicio o el artículo	Monto pagado	Código de diagnóstico (si corresponde)

Si es un reclamo por cobertura dental, de la audición, médica, de la vista o vacunas, complete la sección 3. De lo contrario, vaya a la sección 4.

Sección 3: Médico, dentista o proveedor del cuidado de la salud o tienda al por menor		
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 para artículos o servicios (por ejemplo, pelucas y otros, como se indica arriba)

Nombre del proveedor o la tienda al por menor, etc.:		
Dirección:		Ciudad:
Estado:	Código postal:	País:

Sección 5: Firma Section

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 culpable de fraude y queda sujeto a sanciones penales o civiles.

Identificación del miembro de Aetna®	
Firma del miembro o del representante autorizado	Fecha

Sección 6: 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 con información sustancialmente falsa o que oculte, con el fin de inducir a error, información relativa a cualquier hecho material, comete un acto fraudulento en materia de seguros, lo que constituye un delito y expone a dicha persona a sanciones penales y civiles.

© 2025 Aetna Inc.
Y0001_GRP_5864262_2025_SP_C