



Para todos los reclamos inferiores a USD 200 por condición, complete las secciones A, B y C, y envíe este formulario junto con los recibos originales en los que se detalle el diagnóstico y un desglose completo de los costos de cada condición por la que se presenta un reclamo. DEBE completar TODAS las secciones en su totalidad para los reclamos por hospitalización y para todos los reclamos que superen los USD 200. Cuando Usted presente reclamos por exámenes de diagnóstico o Tratamientos alternativos cubiertos, debe adjuntar una carta de remisión de Su Médico Especialista.

Nombre del Asegurado Principal

Número de Certificado

Sección A: Datos del paciente - Información que debe ser completada por el miembro.

Apellido:		Dirección:	
Nombre:			
Fecha de nacimiento:	día mes año	Correo electrónico:	
Teléfono:		Fax/ Teléfono móvil:	
¿Cuenta Usted con otro seguro?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Sus lesiones son consecuencia de algún Accidente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo, brinde información detallada en una hoja separada.</i>		<i>En caso afirmativo, brinde información detallada en una hoja separada.</i>	

Sección B: Pago de reclamos - Información que debe ser completada por el miembro.

Es requisito esencial que se complete toda la información para que Nosotros podamos realizar una transferencia internacional.

Monto total reclamado, incluida la moneda del reclamo:		Nombre y Dirección del Banco:	
Moneda en la que Usted desea que se realice el pago:			
Indique a quién Usted desea que se realice el pago (si es diferente del miembro):		N.º de Cuenta/Código "Sort" (sucursal bancaria):	
Dirección donde debe enviarse el pago:		Código IBAN:	
		Código BIC (Swift):	N.º de Ruta ABA (solo Bancos de los EE. UU.):
		Detalles del Banco Corresponsal (si corresponde):	
<ul style="list-style-type: none"> • Importante: Es posible que el pago no se haya acreditado en Su cuenta bancaria en el momento en que Nosotros le enviemos Su Aviso. Será necesario que lo verifique con Su banco. • Si el pago debe realizarse a través de Su banco o por transferencia, proporcione los datos completos de Su banco en las casillas de al lado: 			

Sección C: Declaración

"Declaro, a mi leal saber y entender, que toda la información suministrada en este Formulario de Reclamo es verdadera y correcta. También entiendo que esta declaración les otorga permiso a Talent Trust Consultant/Aetna y a sus representantes designados para comunicarse con terceros a fin de solicitarles la información necesaria para completar su evaluación de este reclamo, entre quienes están incluidos los Profesionales Médicos que me tratan actualmente y quienes lo hicieron con anterioridad".

"Declaro y acepto que la información personal recopilada o archivada por Talent Trust Consultant/Aetna, ya sea que forme parte de este formulario o que se haya obtenido de otra manera, puede ser utilizada por Talent Trust Consultant/Aetna, o revelarse o transferirse a cualquier organización, a los efectos de 1) evaluar este reclamo y brindar servicios al cliente y cobertura de seguros de manera continua, 2) procesar y ejecutar Pagos con Tarjetas de Crédito, 3) suministrar material de mercadeo sobre servicios relacionados con la cobertura de seguros de Talent Trust Consultant/Aetna o sus compañías asociadas y 4) procesar reclamos o analizar el seguro".

Firma del paciente:

Fecha: día mes año

(Si el paciente es menor de 18 años, debe firmar su Padre, Madre o Tutor).

Sección D: Información sobre reclamos - Datos que deben ser completados por el Profesional Médico u Odontólogo del paciente.

Detalles de la Condición Médica que requiere Tratamiento: (Indique el diagnóstico preciso, si lo conoce).

Causa subyacente:

En caso de que este reclamo sea por maternidad, aclare si el embarazo es el resultado de algún método de reproducción asistida:

¿Cuánto tiempo hace que existe dicha condición?

¿En qué momento el paciente detectó los primeros síntomas antes de buscar Asesoramiento Médico?

Fecha de la primera consulta con un profesional para tratar esta condición:

¿Ha padecido esta condición, o una similar, en oportunidades anteriores?

Confirme el probable período de Tratamiento y el pronóstico (si lo conoce):

Nombre y dirección del Médico/Dentista que realiza la remisión:

Favor de completar únicamente si el paciente fue remitido a usted.

Brinde información detallada de las pruebas de diagnóstico realizadas y adjunte los resultados:

Esta pregunta corresponde al Tratamiento dental solamente. ¿Este reclamo es por un chequeo de rutina? Sí No

Si en alguna sección no tuviera espacio suficiente para escribir, brinde información detallada en una hoja separada.

Sección E: Datos del Profesional Médico u Odontólogo - Deben ser completados por el Profesional Médico u Odontólogo del paciente.

Nombre del Profesional Médico/Odontólogo:		Sello oficial
Dirección del Profesional Médico/Odontólogo:		
Tel:	Fax:	
Correo electrónico:		
Firma del Profesional Médico/Odontólogo:		<p>** IMPORTANTE ** - Asegúrese de lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adjuntar todos los recibos y todas las recetas originales. 2. Completar el Formulario de Reclamo en su totalidad. 3. Firmar y fechar las declaraciones. 4. Adjuntar todas las pruebas de laboratorio. 5. Obtener la confirmación del diagnóstico y de la causa subyacente. <p>Esto garantizará que Su reclamo sea analizado de manera oportuna.</p>
Fecha:	día mes año	

Nota Importante: Asegúrese de que Su Formulario de Reclamo se complete en su totalidad y se devuelva dentro de los 90 días de Su Tratamiento inicial. Si no completa Su formulario en su totalidad, este le será devuelto y retrasará el procesamiento de Su reclamo. Tenga en cuenta que Talent Trust Consultant/Aetna no se responsabiliza de ningún gasto relacionado con el hecho de completar este formulario o con la presentación de información o documentos adicionales que Nosotros requerimos para poder evaluar Su reclamo. La emisión de este Formulario de Reclamo no constituye de manera alguna la admisión de responsabilidad.

Asegúrese de que todos los costos de los Tratamientos para Pacientes Internados o Pacientes de Día que no sean de Emergencia y que todas las resonancias magnéticas (MRI) y las tomografías computarizadas (CT) cuenten con Nuestra autorización, ya sea a través de Nuestra Línea de Ayuda o por escrito (*fax/correo electrónico/carta*), antes de que se reciba cualquier Tratamiento planificado. El Tratamiento planificado que se lleve a cabo sin Nuestra preautorización no estará cubierto. Una confirmación verbal no constituye aprobación previa. Si tiene dudas, comuníquese con la Línea de Ayuda Médica, que figura en Su Tarjeta de Membresía.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: DEBE COMPLETARSE UN FORMULARIO DE RECLAMO SEPARADO PARA CADA CONDICIÓN MÉDICA POR LA QUE SE PRESENTA UN RECLAMO.

Tratamiento planificado para Pacientes Internados y Pacientes de Día

En caso de realizarse una admisión planificada en un Hospital, ya sea como Paciente Internado o Paciente de Día, se deben seguir los pasos que se detallan a continuación. El pago de todos los gastos realizados por Usted no podrá recuperarse, a menos que siga los siguientes procedimientos.

- i) Comuníquese con Nuestra Línea de Ayuda Médica tan pronto como sea razonablemente posible antes de la admisión y brinde datos completos de la condición y del Tratamiento propuesto, incluso las fechas y el nombre del procedimiento (*si lo conociera*). Además, debe informar el nombre del Médico Especialista y suministrar detalles del Hospital. (*En el reverso de Su tarjeta de membresía, encontrará el número de teléfono*).
- ii) A través de la Línea de Ayuda Médica le comunicarán si cuentan con la información suficiente para confirmar Su cobertura. En caso de que no sea así, se le indicará qué otros datos necesitan.
- iii) Cuando se disponga de la información suficiente para evaluar Su reclamo, le confirmarán verbalmente las bases de Su cobertura a través de la Línea de Ayuda Médica. Luego, le enviarán una confirmación por escrito.

- iv) A través de la Línea de Ayuda Médica se intentará, de manera continua, coordinar con el Hospital para que todas las facturas elegibles se paguen directamente. Cuando este sea el acuerdo, Usted debe enviar el Formulario de Reclamo original y todas las facturas impagas (*en caso de que el Hospital se las haya entregado*) al Servicio de Reclamos de Talent Trust Consultant/Aetna.
- v) Asegúrese de presentar un Formulario de Reclamo nuevo/separado por cada miembro, cada Condición Médica nueva y cada admisión en un Hospital.

Tratamiento para Pacientes Ambulatorios

Si recibe Tratamiento médico como Paciente Ambulatorio, fuera de Nuestra Red de Proveedores, Usted debe pagar el Tratamiento en su totalidad en el momento de la cita y luego reclamarnos el reembolso. En estos casos, tanto Usted como el Profesional Médico o el Médico Especialista deben completar un Formulario de Reclamo. Luego, tenga a bien enviar dicho formulario al Servicio de Reclamos de Talent Trust Consultant/Aetna junto con toda prueba sustancial de Su reclamo, incluidos, entre otros, las facturas originales y la prueba de pago, la receta y el diagnóstico escrito otorgado por el Profesional Médico.

Por favor, envíenos Su Formulario de Reclamo por correo electrónico:

Aetna Health Services (Middle East) FZ LLC
Correo electrónico: claims@talent-trust.com

www.talent-trust.com