

Información de Pago

Selección de Reembolso Recurrente - Por favor marque una de las siguiente opciones si quiere

- Reciba futuros pagos utilizando los datos provistos a seguir
- Use la información de pago provista a seguir para esta reclamación solamente
- Use los detalles de pago que ya tenemos en archivo para usted

Por favor seleccione su método preferido de reembolso *Compulsorio Transferencia de banco Cheque (*predeterminado*)

Por favor indique su moneda preferida de pago (*si no se escoge una la moneda predeterminada es Dólares EU*)

Nombre

Dirección a donde enviar el cheque (*incluya País*)

Nota: No utilice dirección P.O. Box. Por favor provea nombre del contacto y número de teléfono.

Si ha escogido Transferencia de Banco, la siguiente información es requerida. - Nota: Diferentes países requieren diferente información, por favor provea todo lo que tenga disponible

Nombre de titular

Nombre del Banco

Código IBAN

Código Swift/Sort/BIC/Sucursal

Número de Cuenta del

Código ABA/ Número FedWire

Dirección del

Necesidades de Oración

Si tiene alguna condición y le gustaría que esta se comparta por TTc como una necesidad de oración, por favor marque el encasillado Si No

Pedidos de Oración

Declaración

Declaro que según entiendo, toda la información provista en este formulario de reclamación es verídica y correcta. Entiendo que Aetna dependerá de la información provista como tal. Estoy de acuerdo y acepto que esta declaración le da a Aetna, y sus representantes designados, incluyendo Talent Trust Consultants, el derecho a pedir información médica del pasado, presente y futuro en relación a esta reclamación, o cualquier otra reclamación relacionada al miembro/individuo cubierto, de cualquier tercer partido, incluyendo proveedores y médicos practicantes. Yo declaro y estoy de acuerdo que información personal puede ser recolectada, retenida, revelada, o transferida (*mundialmente*) a cualquier organización dentro del grupo Aetna, sus suplidores, proveedores y cualquier afiliados, incluyendo Talent Trust Consultants.

Firma del Paciente

(*Si el paciente es menor de 18 años un Padre o Guardian debe firmar*).

Fecha

día

mes

año

*Compulsorio

Información Adicional

Como Entregar su Reclamación

Para detalles sobre procedimientos para entregar reclamaciones, por favor refiérase a:

<http://www.talent-trust.com/claims>

Puntos Importantes:

- Cuando escanee documentos, por favor asegure que utiliza resolución baja para mantener los tamaños de archivo pequeños. El Sistema de correo electrónico de Aetna no es capaz de aceptar correos más grandes que 8Mb y rechazará el correo si el tamaño excede el límite permitido.
- Se debe entregar por separado un formulario de reclamación y toda la documentación para cada condición médica y/o cada reclamante.
- Entregue documentos completos de reclamación—formulario de reclamación completada, facturas de proveedores, recibos como prueba de pago y referidos relevantes (*si aplica*) a **claims@talent-trust.com**
- Para preguntas/seguimiento a reclamaciones, por favor comuníquese con nuestra línea de ayuda 24-horas de Servicios para Miembros a **+ 1 (877) 248 2197**
- *Compulsorio — asegure que estos campos están llenados.

Nota Importante - Fallar en llenar completamente su formulario resultará en el formulario siendo regresado a usted y retrasará el procesamiento de su reclamación. Por favor note que Talent Trust Consultants/Aetna Internacional no es responsable por gastos asociados con la preparación de su formulario o por cualquier otra información/documentos requeridos por nosotros para evaluar su reclamación. La emisión de este formulario de reclamación es de ninguna manera un reconocimiento de responsabilidad.

Lista de Cotejo de Formulario de Reclamación

- Detalles Personales** - ¿Ha provisto su nombre, dirección postal, número de contacto y correo electrónico?
- Detalles de Paciente** - ¿Ha provisto el nombre del paciente (si es diferente al miembro principal), fecha de nacimiento, ID de miembro/número de certificado?
- Detalles de Reclamación** - ¿Ha provisto la fecha que comenzaron los síntomas, fecha de servicio, diagnóstico médico/razón por la visita y cantidad de la reclamación?
- Detalles de Pago** - ¿Ha provisto los detalles de su cuenta de banco o dirección postal para el reembolso de su reclamación?
- Declaración** - ¿Ha firmado el formulario de reclamación?

Documentos de Reclamación

- ¿Ha incluido las facturas médicas/recibos para su tratamiento médico?
- ¿Ha incluido la prueba de pago para sus gastos médicos?
- ¿Ha incluido un referido por su doctor para cualquier fisioterapia, tratamiento psiquiátrico u otro tratamiento requiriendo un referido (donde aplique)?
- ¿Ha completado una reclamación separada para cada condición médica?