



# Reembolsar a la Iglesia a través del Departamento Médico Misional

## Fácil presentación de reclamos

Este formulario se puede utilizar para presentar reclamos por servicios médicos, dentales o de visión.\* (\* si fondos de la Misión fueron usados).

Si está presentando un reclamo para más de un misionero, necesita completar un formulario por separado para cada uno de ellos.

### ¿Cómo completar este formulario?

- Complete el formulario con tinta negra
- Marque sus respuestas, en caso que sea necesario, con una 'X':
- Asegúrese que la información que está enviando sea correcta
- Firme e incluya la fecha de la autorización
- Escriba el nombre del misionero por el cual está solicitando el reclamo en la parte superior de cada página
- Mantenga una copia de este documento para sus registros

### Presente sus reclamos

Cuando haya completado su formulario de reclamo, tendrá que presentarlo junto con las facturas y los recibos detallados. Si los recibos son pequeños, debe pegarlos en una hoja de papel. Luego, presente los documentos de la manera que le sea más conveniente. Procesaremos su reclamo y le responderemos dentro de 10 a 14 días.

#### • Envíelo por fax

Fuera de los EE. UU.: +1 800 475 8751 (vía AT&T + código de acceso)  
Dentro de los EE. UU.: +1 859 425 3363

#### • Envíelo por correo electrónico\*

Envíe documentos adjuntos a [aiservice@aetna.com](mailto:aiservice@aetna.com)  
\* El límite de tamaño de los archivos adjuntos es de 10 MB.

#### • Envíelo por correo postal

Aetna International/Aetna. PO Box 981543, El Paso, TX 79998-1543, USA

### Para saber el estado de un reclamo o solicitar servicios, llame a los siguientes números:

Fuera de los EE. UU.: +1 888 219 0477 (vía AT&T + código de acceso)  
Por cobrar fuera de los EE. UU. o directo: +1 813 775 0190

# 1 Información Personal

## Sobre el miembro (misionero)

Nombre completo (como aparece en su tarjeta de identificación)

Nombre(s):

Apellidos:

Número de Identificación de Aetna

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Nacimiento

Sexo

M	M	D	D	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

 Masculino  Femenino

Detalles de Contacto de la Misión

Número de Teléfono de la Misión (incluya el código de Área y/o Código del País):

Email de la Misión:

Dirección

Calle(s):

Ciudad:

Estado/Provincia:

País:

Código Postal:

## Sobre el patrocinador del grupo

Nombre del Grupo

La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días

Número de la Misión

## Sobre el paciente (misionero)

Nombre

Nombre(s):

Apellidos:

Fecha de nacimiento

Sexo

M	M	D	D	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

 Masculino  Femenino

Relación con el miembro

 Sí mismo

# 2 Detalles del Reclamo

**Reembolsar a la Iglesia a través del Departamento Misional vía la siguiente información bancaria: Provider PIN # 9070920**

**Nota para el Presidente de Misión y el secretario financiero:** El Departamento Médico Misional distribuirá los fondos al Departamento Misional a través de los procesos financieros y de contabilidad establecidos entre estas dos entidades. En caso que tenga preguntas, por favor entre en contacto con el Departamento Misional.

### 3 Información detallada del reclamo

¿Por qué tipo de servicio presenta el reclamo? *Consulte los documentos del plan para verificar qué coberturas están disponibles a través del plan.*

Médico  De farmacia

Responda "Sí" o "No"

El reclamo se relaciona con un accidente o una enfermedad laborales.

Sí

No

#### Tenga en cuenta lo siguiente:

Use el espacio que aparece a continuación para resumir cada tratamiento por el cual usted presenta el reclamo. Si necesita presentar un reclamo para más de dos tratamientos, también complete la página 3 y entréguela con este formulario.

Marque aquí si solo se incluyen los resúmenes de tratamiento que figuran más abajo.

#### Resumen del tratamiento

Fecha de servicio

M	M	D	D	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Costo total (especificar moneda)

Nombre del proveedor y dirección

Ciudad: _____
Estado/Provincia: _____
País: _____
Código Postal: _____

Descripción de los servicios

*Por ejemplo: tipo de tratamiento, nombre del medicamento, etc.*


Razón de la visita


Tipo de paciente

Internado  Ambulatorio

En caso de internación...

¿Cuál fue la fecha de admisión?

M	M	D	D	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

¿Cuál fue la fecha de alta?

M	M	D	D	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

#### Resumen del tratamiento

Fecha de servicio

M	M	D	D	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Costo total (especificar moneda)

Nombre del proveedor y dirección

Ciudad: _____
Estado/Provincia: _____
País: _____
Código Postal: _____

Descripción de los servicios

*Por ejemplo: tipo de tratamiento, nombre del medicamento, etc.*


Razón de la visita


Tipo de paciente

Internado  Ambulatorio

En caso de internación...

¿Cuál fue la fecha de admisión?

M	M	D	D	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

¿Cuál fue la fecha de alta?

M	M	D	D	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

--

**Tenga en cuenta lo siguiente:**

Use el espacio que aparece a continuación para resumir cada tratamiento por el cual usted presenta el reclamo. Si necesita presentar un reclamo para más de los dos tratamientos adicionales (que figuran abajo), haga copias de esta página antes de seguir completando y entregue todas las hojas adicionales con este formulario. Ponga número de página a las copias adicionales, comience por la página 5.

**Resumen del tratamiento**

Fecha de servicio

M	M	D	D	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Costo total (especificar moneda)

--

Nombre del proveedor y dirección

Ciudad:
Estado/Provincia:
País:
Código Postal:

Descripción de los servicios

*Por ejemplo: tipo de tratamiento, nombre del medicamento, etc.*


Razón de la visita


Tipo de paciente

Internado       Ambulatorio

En caso de internación...

¿Cuál fue la fecha de admisión?

M	M	D	D	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

¿Cuál fue la fecha de alta?

M	M	D	D	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

**Resumen del tratamiento**

Fecha de servicio

M	M	D	D	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Costo total (especificar moneda)

--

Nombre del proveedor y dirección

Ciudad:
Estado/Provincia:
País:
Código Postal:

Descripción de los servicios

*Por ejemplo: tipo de tratamiento, nombre del medicamento, etc.*


Razón de la visita


Tipo de paciente

Internado       Ambulatorio

En caso de internación...

¿Cuál fue la fecha de admisión?

M	M	D	D	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

¿Cuál fue la fecha de alta?

M	M	D	D	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

## 4 Otra cobertura de salud existente

¿Algún miembro de su familia está cubierto por otro plan o programa de salud, Medicare, u otro plan del gobierno federal, estatal, nacional o de los Estados Unidos?

No → Vaya directamente a la sección 5 (Autorización)

## 5 Autorización médica o de farmacia

### Debe estar firmada y fechada.

Autorizo a todos los médicos, otros profesionales de salud, farmacias/farmacéuticos, hospitales e instituciones de atención de salud a brindar información relacionada con atención de salud, asesoramiento, tratamiento o suministros ofrecidos al paciente (incluida la información relacionada con enfermedades mentales o sida/ARC/VIH) a Aetna y a cualquier tercero independiente que actúe en nombre de Aetna o con quien tenga contrato. Esta información será utilizada para evaluar y administrar los reclamos. Aetna puede proporcionar al empleador mencionado en el presente formulario cualquier cálculo de beneficio utilizado en el pago de este reclamo con el propósito de revisar la experiencia y operación de la póliza o del contrato. Esta autorización es válida durante el plazo de la póliza o del contrato bajo el cual se presenta un reclamo. Conozco mi derecho a recibir una copia de autorización si la solicito y estoy de acuerdo en que una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

Advertencia: Es ilegal proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o defraudar a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una compañía de seguros puede negarse a otorgar beneficios de seguro si el solicitante hubiera proporcionado información falsa que esté sustancialmente relacionada con el reclamo.

*Puede elegir usar una firma electrónica en este formulario de reclamo para confirmar que verifica y declara los detalles que dio más arriba. A fin de evitar dudas, dicha firma electrónica será válida y vinculante como si hubiera colocado su firma original. Podemos respaldarnos en dicha firma como verificación y declaración vinculantes para confirmar que la información dada más arriba es precisa y no es engañosa en ningún respecto.*

Firma del paciente o de la persona autorizada

Fecha de la firma

M	M	D	D	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Las compañías de Aetna no pueden pagar los servicios de atención de salud prestados en un país al que Estados Unidos haya impuesto una sanción, a menos que esté permitido, por escrito, en virtud de una licencia de la Oficina de Control de Bienes Extranjeros. Obtenga más información en el sitio en Internet del Departamento del Tesoro de los EE. UU.: [www.treasury.gov/resource-center/sanctions](http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions)

La cobertura es asegurada por Aetna Life Insurance Company o Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.

## **Declaraciones falsas/fraudulentas**

Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

### **Declaraciones sobre fraude para los Estados Unidos:**

**Atención, residentes de Alabama:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o reclusión en una prisión, o cualquier combinación de estas. **Atención, residentes de Arkansas, Distrito de Columbia, Rhode Island y Virginia Occidental:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de California: Para su protección, la ley de California exige que esta solicitud contenga el aviso detallado a continuación.** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en una prisión estatal. **Atención, residentes de Colorado:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, brinde información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante, con el propósito de defraudarlo o intentar defraudarlo en relación con una concesión o un acuerdo pagadero con las recaudaciones del seguro, será denunciado a la división de seguros de Colorado, dentro del departamento de agencias reguladoras. **Atención, residentes de Florida:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado. **Atención, residentes de Kansas:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado. **Atención, residentes de Kentucky:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto de fraude al seguro, lo cual constituye un delito. **Atención, residentes de Louisiana:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y está sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de Maine y Tennessee:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones pueden consistir en arresto, multas o la denegación de los beneficios del seguro. **Atención, residentes de Maryland:** Toda persona que, a sabiendas o de manera deliberada, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa o de manera deliberada, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de Missouri:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños y perjuicios, según lo determine un tribunal de justicia. Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defrauda o engaña a una compañía de seguros puede ser culpable del delito de fraude, según lo determine un tribunal de justicia. **Atención, residentes de Nueva Jersey:** Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud para una póliza de seguro o a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Nueva York:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones civiles que no exceden los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones. **Atención, residentes de Carolina del Norte:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Ohio:** Toda persona que, con intención de defraudar o consciente de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o reclamo que contenga declaraciones falsas o engañosas es culpable de fraude al seguro. **Atención, residentes de Oklahoma:** ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente un reclamo por las recaudaciones de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave. **Atención, residentes de Oregón:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado. **Atención, residentes de Pensilvania:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Puerto Rico:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o aliente a presentar un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida u otro beneficio o presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito grave. Si la persona es declarada culpable, será castigada por cada violación con una multa no inferior a cinco mil dólares (\$5,000) y no superior a diez mil dólares (\$10,000). También podrá ser encarcelada por un período fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, el período fijo de encarcelamiento puede ascender a un máximo de cinco (5) años y, si existen circunstancias atenuantes, el período de encarcelamiento puede ser reducido a un mínimo de dos (2) años. **Atención, residentes de Texas:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga cualquier distorsión intencional de un hecho esencial o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede cometer un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Vermont:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Virginia:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Washington:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro.