



# Forma de reembolso de Medicare para pelucas Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

## Instrucciones para obtener reembolsos

### Cómo completar esta forma de reembolso

#### Cuándo usar esta forma

1. Complete esta forma si está solicitando un reembolso por una peluca que usted o su representante autorizado/a compraron directamente.
2. Complete una forma por separado para cada peluca comprada. Solo se reembolsará el dinero hasta alcanzar el monto anual del beneficio. Si compra más de una peluca, recuerde enviar esta forma y los recibos de cada peluca.

#### Cómo completar esta forma

1. Haga copias o tome fotografías de todos los recibos. Asegúrese de incluir su número de identificación de miembro de Aetna® en cada recibo o copia del recibo. 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. Si necesita ayuda con la forma, llame a Servicios al Cliente al [1-844-362-0934](tel:1-844-362-0934) (TTY: [711](tel:711)), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
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 [AetnaMedicare.com/NJDSNP](https://AetnaMedicare.com/NJDSNP). Asegúrese de enviar la forma completa con la solicitud de reembolso.

#### Dónde enviar la forma completa

1. Envíe la forma completa y los recibos a:  
**Aetna Duals COE Member Correspondence**  
**PO Box 982980**  
**El Paso, TX 79998-2980**
2. O bien, envíe la solicitud por correo electrónico. Envíe la forma y los recibos por correo electrónico a [COE\\_MemberServices@AETNA.com](mailto:COE_MemberServices@AETNA.com). (Consejo útil: Puede usar su teléfono para tomar una foto nítida del recibo y enviarla junto con la forma de reembolso).

#### 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.
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 factura detallada)**

Fecha del servicio o de la compra (DD/MM/AAAA):	Tipo de reembolso: <input type="checkbox"/> Peluca	Monto pagado: \$
Requisitos de la compra de pelucas: <ul style="list-style-type: none"><li>• Compra de una peluca debido a la pérdida de cabello relacionada con un tratamiento de quimioterapia</li><li>• Código de la CPT: A9282</li><li>• Códigos de diagnóstico: Z51.11, Z92.21</li></ul>		

**Comentarios del miembro (opcional):**

--

**Sección 3: Transacción en punto de venta para tienda al por menor o sitio web**

Nombre de la tienda al por menor, sitio web, etc.:		
Dirección o sitio web:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

#### Sección 4: Firma

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 de miembro de Aetna:

Firma del/de la miembro o del/de la representante autorizado/a:

Fecha:

#### Sección 5: Reconocimiento

##### ¿Tiene preguntas?

Estamos aquí para ayudar. **Si tiene alguna otra pregunta, comuníquese con Servicios al Cliente por teléfono al [1-844-362-0934](tel:1-844-362-0934) (TTY: [711](tel:711))**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) es un Plan de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad totalmente integrado que tiene contrato con Medicare y con el programa Medicaid del estado de Nueva Jersey. La inscripción en Aetna Medicare FIDE depende de la renovación del contrato.

Consulte la *Evidencia de cobertura* para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan.

##### 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, presenta una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos sustanciales de dicha solicitud o declaración comete un acto fraudulento contra el seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

H6399\_NR\_6860352\_2026\_SP\_C