

Envie este Formulário de Solicitação com recibos e contas divididos por item. Um Formulário de Solicitação separado deve ser usado para cada membro da família. Cole recibos pequenos em uma folha de papel de tamanho regular. Deixar de preencher todas as seções deste formulário poderá causar atrasos no processamento da solicitação.

Médico Dentário Maternidade Oftalmológico Bem-estar

Consulte os documentos de sua apólice para verificar a cobertura disponível por meio de seu Plano.

Nota importante: Certifique-se de que seu Formulário de Solicitação de Reembolso esteja totalmente preenchido e que seja devolvido em até seis meses (180 dias) da Data do tratamento.

1. Informações do Segurado – Preenchimento obrigatório.

Nome da Apólice _____ Número da Apólice _____
 Nome do Segurado _____
 Data de Nascimento do Segurado _____ Número de Identificação da Aetna para o Segurado _____
 Endereço _____
 Cidade _____ Estado/Província _____
 País _____ CEP _____
 Número de Telefone do Segurado _____ Número de Celular _____
 Endereço de Email do Segurado _____

2. Informações do Paciente – Preenchimento obrigatório.

Nome Completo do Paciente _____
 Data de Nascimento do Paciente _____ Número de Identificação da Aetna para o Paciente _____
 Sexo Masculino Feminino Relacionamento O próprio Cônjuge Filho(a) Outro _____

3. Outra Cobertura de Seguro de Saúde – Preenchimento obrigatório.

Você possui algum outro seguro? Não Sim Nome da Outra Seguradora _____
 Número da Outra Apólice de Seguro _____ Nome do Titular da Apólice _____

4. Informações do Reembolso (Inclua o diagnóstico ou o motivo do tratamento para cada serviço recebido.)

- Para serviços relacionados a uma lesão acidental, forneça detalhes do acidente.
- Para condições que exijam tratamentos de longo prazo, forneça detalhes de quando os sintomas e/ou tratamento começaram.
- Solicitações de reembolso para medicamentos ou drogas prescritas devem incluir uma receita de seu médico especialista ou clínico geral.
- Tratamentos de acupuntura, podologia, quiroprática, osteopatia, homeopatia e fisioterapia exigem um formulário de referência de seu médico especialista ou clínico geral.

Datas dos Serviços	Nome e Endereço do Prestador (médico, clínica, farmácia, dentista) (Se o nome e o endereço do prestador estiverem nos recibos, escreva "ver recibos")	Descrição do Serviço/Nome da Medicação/do Dispositivo (Em caso de hospital, informe Internação ou Ambulatório)	Diagnóstico (Motivo da visita)	País da Solicitação de Reembolso	Moeda da Solicitação de Reembolso	Despesas Totais

Se a solicitação de reembolso for relativa à Maternidade, indique a data provável do parto.

Indique se sua gravidez resulta de tratamento de infertilidade/concepção assistida.

Para solicitações de reembolso por atendimento dentário, indique o dente em questão e certifique-se de que uma lista detalhada dos serviços seja incluída.

Suas lesões foram causadas por um acidente? Não Sim

Em caso afirmativo, ele está:

Relacionado a Veículos Motorizados? Não Sim, indique a Data _____ e Hora _____ do Acidente

Relacionado a Trabalho? Não Sim, indique a Data _____ e Hora _____ do Acidente

Forneça detalhes do acidente em uma folha separada.

Guarde uma cópia para seu controle

Nome do Segurado _____

5. Resumo dos Detalhes de Pagamento – Preenchimento obrigatório.

Seleção de Reembolso Recorrente – Se desejar, marque uma das seguintes opções:

- Receber pagamentos futuros usando os detalhes fornecidos abaixo
 Usar as informações de pagamento fornecidas abaixo somente para esta solicitação de reembolso
 Usar os detalhes de pagamento já armazenados para você

Informações de Pagamento

Selecione o método de reembolso preferido*: Transferência Bancária Cheque
(Se nenhuma seleção for feita, o método padrão será um cheque emitido em nome do segurado.)

*Cheques são emitidos apenas em dólares americanos. Para transferências bancárias, informações adicionais podem ser requeridas em caso de um reembolso.

Indique a moeda de pagamento preferida. (Se nenhuma moeda for indicada, a moeda padrão será dólar norte-americano.) _____

Nome do Beneficiário _____ Especificar se: Segurado Prestador Empregador

Endereço de Pagamento da Solicitação (se diferente da **Seção 1**):

Endereço _____

Cidade _____ Estado/Província _____ País _____

Se tiver selecionado Transferência Bancária como método de pagamento preferido, forneça as seguintes informações:

Nome do Titular da Conta Bancária (como indicado no Extrato Bancário) _____

Número da Conta Bancária _____ Código Bancário/Código da Agência _____

Código IBAN* _____ Código Swift/BIC _____

Código de Compensação Bancária IFSC/ABA/US _____

Nome do Banco _____

Endereço do Banco (incluir País) _____

Número de Telefone do Banco (incluir Código do País) _____

*O IBAN é obrigatório para todas as transações de pagamento de reembolso por transferência bancária nos EAU. Se você utilizar contas bancárias nos EAU, forneça esse código.

O método mais eficiente para receber seus reembolsos de benefícios é por Transferência Bancária. Consulte seu banco para obter ajuda sobre as instruções apropriadas a serem fornecidas à Aetna International.

Reembolso para fornecedores fora dos EUA

Se, agindo de forma razoável, nós determinarmos que algum banco central e/ou autoridade pública ou governamental equivalente impuser uma taxa de câmbio artificial (incluindo, dentre outras coisas, uma taxa de câmbio que seja incompatível com a taxa de câmbio praticada livremente no mercado) em relação a uma moeda relevante, por qualquer motivo, nós poderemos, segundo nosso exclusivo critério, atender suas solicitações de reembolso válidas nos termos do presente contrato para tratamento nesse país da maneira que decidirmos como sendo razoável. Ao fazer tal determinação, estamos buscando garantir que, de acordo com a base fundamental de qualquer contrato de seguro, nós o indenizemos devidamente por sua perda (sujeito aos termos e condições da sua política), mas não o enriqueçamos injustamente, conforme poderia ocorrer se aplicássemos tal taxa de câmbio artificial para pagamento em outra moeda.

Fornecedores de dentro da rede da Aetna, fora dos EUA

A forma de reembolso pode consistir no pagamento (i) na moeda local aplicável (se possível, segundo exclusivo critério da Aetna), ou (ii) caso você não possua uma conta bancária em tal moeda local, na moeda em que o prêmio da política foi pago, em um montante igual ao que teríamos pago ao nosso **fornecedor de rede** na moeda em que o prêmio foi pago segundo nossas obrigações perante tal **fornecedor de rede** (conforme podemos razoavelmente determinar), sujeito em cada caso ao princípio da responsabilidade civil mencionado acima.

Fornecedores de fora da rede da Aetna, fora dos EUA

A forma de reembolso pode consistir no pagamento (i) na moeda local aplicável, sujeito ao princípio de responsabilidade civil mencionado acima (se possível, segundo exclusivo critério da Aetna), ou (ii) caso você não possua uma conta bancária em tal moeda local, na moeda em que o prêmio da política foi pago, em um montante igual aos **Custos Razoáveis e Habituais aplicáveis**.

6. Declaração – Preenchimento obrigatório.

Declaro que, salvo melhor juízo, todas as informações fornecidas neste formulário de solicitação de reembolso são verdadeiras e corretas. Entendo que a Aetna confiará nas informações fornecidas dessa forma. Concordo e aceito que esta declaração dá à Aetna e a seus representantes indicados o direito de solicitar a qualquer terceiro, incluindo prestadores e profissionais médicos, informações médicas presentes, passadas e futuras relacionadas a esta solicitação de reembolso ou a qualquer outra solicitação de reembolso relacionada ao segurado/indivíduo coberto. Declaro e concordo que essas informações pessoais podem ser coletadas, armazenadas, divulgadas ou transferidas (em todo o mundo) para qualquer organização do grupo Aetna, seus fornecedores, prestadores ou afiliadas.

Assinatura do Paciente _____ **Data** _____

(Se o paciente tiver menos de 18 anos de idade, o Pai, a Mãe ou o Responsável deverá assinar esta declaração.)

7. Informações Adicionais

Guarde uma cópia para seu controle

Como enviar uma Solicitação de Reembolso

A Aetna International fornece métodos alternativos para facilitar ao segurado o envio de um formulário de solicitação de reembolso; abaixo estão as opções:

- Envio Postal
Aetna International
PO Box 30545
Tampa, FL 33630
- Envio de Formulário Online para segurados, por meio de nosso portal seguro **AetnaInternational.com**
- Envio de formulário por meio de Fax, com a inclusão de recibos e referências do Profissional Médico
1(860) 262-9111
- Envio por email, com recibos e referências do Profissional Médico
AmericasServices@aetna.com
- Para consultas relacionadas a solicitações de reembolso, entre em contato com nossa linha de auxílio 24 horas de Serviços para Segurados
Ligação gratuita: 1(866) 545-3252,
Direto/A cobrar: (813) 775-0220

Nota importante: Certifique-se de que seu Formulário de Solicitação de Reembolso esteja totalmente preenchido e que seja devolvido em até seis meses (180 dias) da Data do tratamento. Não preencher integralmente o formulário fará com que ele seja devolvido a você, o que atrasará o processamento de sua solicitação de reembolso. Note que a Aetna International não é responsável por quaisquer custos associados ao preenchimento deste formulário ou por quaisquer outras informações ou documentos solicitados por nós para avaliar a sua solicitação. A emissão deste Formulário de Solicitação não é, de forma alguma, um reconhecimento de responsabilidade. Consulte o seu Manual do Segurado para conhecer as Informações Gerais de Solicitação de Reembolso para Internação, Ambulatorial em hospital, Ambulatorial em clínica e pré-autorizações para todas as tomografias computadorizadas e ressonâncias magnéticas.

Guarde uma cópia para seu controle

Para planos em conformidade com os regulamentos da Lei de serviços de saúde acessíveis (ACA) dos Estados Unidos

A Aetna cumpre as leis federais de direitos civis aplicáveis e não discrimina, exclui ou trata indivíduos de maneira diferente com base em sua etnia, cor, nacionalidade, sexo, idade ou deficiência.

A Aetna oferece auxílios/serviços gratuitos a pessoas com deficiência e a indivíduos que precisam de auxílio linguístico.

Se você precisa de um intérprete qualificado, informações por escrito em outros formatos, tradução ou outros serviços, entre em contato por meio do número que consta em sua carteira de identificação.

Se você considera que nós deixamos de prestar esses serviços ou de outra maneira discriminamos com base nas categorias observadas acima, é possível também registrar uma queixa junto ao Coordenador de direitos civis, entrando em contato com o:

Coordenador de direitos civis,

Caixa postal 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de Operadora de plano de saúde [HMO] na CA: Caixa postal 24030 Fresno, CA 93779), 1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379 (clientes de Operadora de plano de saúde [HMO] na CA: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

Também é possível registrar uma denúncia relacionada aos direitos civis junto ao Departamento de serviços humanos e de saúde dos EUA (U.S. Department of Health and Human Services), no Portal de denúncias do Gabinete dos direitos civis, disponível em <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ou no do endereço: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, ou ainda por meio do número 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna é a denominação comercial utilizada para produtos e serviços prestados por um ou mais grupos de empresas subsidiárias da Aetna, inclusive a Aetna Life Insurance Company, os planos da Coventry Health Care e suas afiliadas (Aetna).

TTY: 711

English	To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.
Spanish	Para acceder a los servicios lingüísticos sin costo alguno, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
Chinese Traditional	如欲使用免費語言服務，請撥打您健康保險卡上所列的電話號碼
Arabic	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقة اشتراكك.
French	Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, veuillez composer le numéro indiqué sur votre carte d'assurance santé.
French Creole (Haitian)	Pou ou jwenn sèvis gratis nan lang ou, rele nimewo telefòn ki sou kat idantifikasyon asirans sante ou.
German	Um auf den für Sie kostenlosen Sprachservice auf Deutsch zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an.
Italian	Per accedere ai servizi linguistici senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa.
Japanese	無料の言語サービスは、IDカードにある番号にお電話ください。
Korean	무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.
Persian Farsi	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید.
Polish	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych, należy zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej.
Portuguese	Para aceder aos serviços linguísticos gratuitamente, ligue para o número indicado no seu cartão de identificação.
Russian	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, приведенному на вашей идентификационной карте.
Tagalog	Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang walang bayad, tawagan ang numero sa iyong ID card.
Vietnamese	Để sử dụng các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, vui lòng gọi số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị.

Guarde uma cópia para seu controle