



نعلم أن لديك أسئلة ونحن دائماً على استعداد للمساعدة. يمكنك الإتصال بنا في أي وقت على رقم الهاتف المدون خلف بطاقة Aetna الخاصة بك.

كما يمكنك أيضاً إرسال بريد إلكتروني آمن عن طريق الدخول إلى www.aetnainternational.com والنقر على "الإتصال بنا".

تقديم طلبات التعويض أصبح سهلاً

يمكن استخدام هذه الإستمارة لتقديم

طلب التعويض المالي للخدمات الطبية أو الاسنان أو الادوية

إذا كنت تملء طلب التعويض المالي لأكثر من شخص، تحتاج إستمارة منفصلة لكل فرد من أفراد العائلة.

كيفية ملء هذه الإستمارة

- أكمل الإستمارة بأكملها باستخدام الحبر الاسود
- حدد اجابتك، حيثما ينطبق ذلك، بعلامة "X" مثل هذه:
- تحقق مرة اخرى للتأكد من أن تفاصيل الدفع الخاص بك دقيقة
- وقّع ودون تاريخ التفويض
- اكتب رقم هوية العضو الخاص بك على كل وثيقة
- تقدم مع إستمارة التعويض المالي الخاص بك
- احتفظ بنسخة من الإستمارة المكتملة الخاصة بك في سجلاتك

إرسال طلب التعويض المالي

بمجرد الانتهاء من إستمارة طلب التعويض المالي، ستحتاج لتقديمها مع الفواتير والإيصالات المفصلة. إذا كانت الإيصالات صغيرة، فعليك لصقها على ورقة كبيرة الحجم ومن ثم إرسالها بالطريقة التي تفضلها. وسنقوم بالتعامل مع طلبك والرد عليه في غضون 10 إلى 14 يوم..

تحميل طلب التعويض المالي

ادخل على حسابك من خلال الموقع الإلكتروني www.aetnainternational.com وانقر على مركز طلبات التعويض المالي.

ارسل طلب التعويض المالي عن طريق الفاكس

خارج الولايات المتحدة: 1 800 475 8751+ (من خلال + AT&T كود الوصول)
داخل الولايات المتحدة: 1 859 425 3363+

ارسل طلب التعويض عن طريق البريد الإلكتروني

أرسله مع المرفقات على aiservice@aetna.com

ارسل طلب التعويض عن طريق البريد

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

يرجى الإتصال على الأرقام ادناه لمتابعة حالة التعويض المالي:

خارج الولايات المتحدة على 1 800 231 7729+ (من خلال + AT&T كود الوصول)
اتصل على حساب المستلم خارج الولايات المتحدة أو على حسابك على: 1 813 775 0109+

* الحد الأقصى لحجم المرفقات هو 10 ميجابايت

بعض الخدمات تتطلب

معلومات إضافية

قد تتطلب بعض الخدمات تقديم وثائق إضافية. فإذا اندرج طلب التعويض المالي الخاص بك تحت الفئات المذكورة أدناه فأنك، ستحتاج تقديم الطلبات الإضافية المذكورة.

خدمات تركيب الاسنان الصناعية (مثل تيجان الأسنان أو الجسور أو أطقم الأسنان):

- أشعة سينية (أو تقرير مفصل لطبيب الأسنان، إذا كانت الأشعة السينية غير متوفرة)
- مخطط بياني من طبيب الأسنان يظهر الأسنان المفقودة وتواريخ قلعها
- تاريخ تركيب الاسنان السابقة وسبب الاستبدال إن وجد

خدمة اللثة:

- الأشعة السينية
- رسم بياني حالي للثة قبل إجراء العملية

مدون عليه التاريخ

خدمات تقويم الأسنان:

- تاريخ التركيب
- عدد أشهر العلاج
- عدد أشهر العلاج المتبقية

الخدمات المتعلقة بإصابات الحوادث

- الأشعة السينية قبل العلاج
- تفاصيل الحادث

إذا كانت خطة تأمينك الصحي تتطلب الالتحاق بالمدرسة كشرط لتغطية المرافق فوق سن

محدد، فقد تحتاج تقديم مايلي:

- وثيقة الدرجات أو بيان الرسوم الدراسية أو وثيقة اخرى تثبت الالتحاق بالمدرسة

1 المعلومات الشخصية

للعضو المشترك الاساسي بالتأمين

الاسم (كما يظهر في بطاقة تأمين Aetna الخاصة بك - بما في ذلك الاسم الأول كاملاً)

الاسم الأول:

اسم العائلة/الاسم الأخير:

رقم التأمين (كما يظهر في بطاقة تأمين Aetna الخاصة بك)

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

الجنس

 ذكر انثى

ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

معلومات الاتصال

رقم الهاتف (اكتب رمز المنطقة و/أو البلد):

الإلكتروني البريد:

العنوان

عنوان الشارع:

المدينة:

الدولة/المقاطعة:

البلد:

الرمز البريدي:

رب العمل

الاسم

رقم المجموعة

معلومات المريض

الاسم

الاسم (الاسماء) الأول:

الاسم الأخير/اسم العائلة:

الجنس

 ذكر انثى

ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

صلة القرابة بالعضو

 العضو نفسه الزوج أو الزوجة الطفل اخرى

مقدمي رعاية من خارج الشبكة.

قد تكون طريقة السداد في القسم (i) في العملة المحلية المتداول بها الخاضعة لمبدأ التعويض المذكور في الأعلى (إذا كان من الممكن تقديرها بشكل كامل في Aetna)، أو (ii) أو في حال لم يكن لديك حساب بنكي في تلك العملة المحلية التي تم بها دفع مصاريف الرعاية المقدمة المنصوص عليها في سياستنا وتكون متساوية مع ما ندفع الرسوم المتعارف عليها والمقبولة.

معلومات السداد

إذا اخترت تلقي التعويض المالي عن طريق التحويل المصرفي، يُرجى إكمال المعلومات أدناه.

سنقوم بتحويل الأموال إلى مصرفك بدون أن تتحمل أي تكاليف ولكننا نطلب منك الرجوع إلى مصرفك لمعرفة ما إذا كان سيفرض عليك أي رسوم إضافية لاستلام التحويلات المالية.

اسم صاحب الحساب المصرفي (كما هو موضح في كشف الحساب المصرفي)

رقم الحساب المصرفي

رقم المصرف/الرقم التوصيفي للمصرف أو رمز/معرف بديل

رقم التحويل الدولي/رقم المصرف (التحويل المصرفي) رقم التعريف الموحد لنظام المدفوعات بين المصارف عبر غرفة المقاصة جميعة المصارف الأمريكية الفيدرالية

معرف البنك رقم الحساب المصرفي الدولي* غير ذلك**

(* يُرجى الرجوع إلى مصرفك للتأكد من متطلبات رقم الحساب المصرفي الدولي والذي يعتبر الزامي في دول معينة، ويجب تقديمه عند إجراء معاملات سداد مطالبة تحويل الأموال المصرفية مثلما هو في الإمارات العربية المتحدة (UAE).

** استخدم حقل إدخال آخر لوصف الرموز أو الأرقام البديلة المبلغ عنها مثل رمز المصرف/فرع المصرف، #RUT، #IFSC، #KBA

معلومات المصرف

اسم المصرف:

عنوان الشارع:

المدينة:

الدولة/المقاطعة:

المدينة:

الرمز البريدي:

رقم الهاتف (اكتب رمز المنطقة و/أو البلد):

2 معلومات التعويض المالي

إلى أين تريد إرسال التعويض المالي؟

 إلى العضو (المشترك الاساسي بالتأمين)

 إلى مقدم الخدمة الصحية

ما هي تفاصيل التعويض المالي التي يجب أن نستخدمها؟

 استخدام معلومات اختيار التعويض المالي المتكرر (RRE) الحالي المذكور في الملف

 استخدام المعلومات التي تم تقديمها في قسم تفاصيل التعويض المالي أدناه لإنشاء RRE، أو تحديث RRE الخاص بك

 استخدام المعلومات التي تم تقديمها في قسم تفاصيل التعويض المالي أدناه فقط للنفقات المتعلقة بهذه الإستمارة

ماهي الطريقة التي تفضلها لاستلام مبلغ التعويض؟

 التحويل المصرفي للأموال من شركة Aetna إلى الحساب المصرفي المذكور أدناه.

هذه هي أسهل طريقة للتعويض المالي

 الشيك

ما العملة التي ترغب في تعويضك بها؛ مثل الجنيه الاسترليني؟

إذا كانت العملة التي اخترتها غير متوفرة لطريقة التعويض المحددة اعلاه، فإننا سوف نتحول بشكل افتراضي إلى استخدام الدولار الأمريكي (\$)، إذا كانت تفاصيل المصرف متوفرة أو كان الشيك بعملة الدولار الأمريكي (\$) مستحق الدفع للطرف الذي ارسل اليه المبلغ، في حالة عدم وجود أي تفاصيل مصرفية.

البلد:

العملة:

السداد لمقدمي الرعاية من خارج الولايات المتحدة

إذا كان المبلغ يمكن تغطيته، سنقوم بتحديد أي بنك رئيسي أو أي بنك ذات صلة في حكومة تلك السلطة حيث يفرض سعر الصرف المدعي (على سبيل المثال لا الحصر سعر الصرف الذي يتعارض مع سعر صرف السوق الحرة) ويكون له صلة بأي عملة لأي سبب من الأسباب، سنقوم عن طريقنا بتعويضك بالمطالبات الصحيحة الخاصة بك وفقاً لهذا الاتفاق الذي يشير إلى علاجك في تلك الدولة بشكل معقول. ولاتخاذ ذلك القرار، يجب أن نحرص على تطبيق جميع البنود الموجودة في عقد التأمين الصحي، لذا ستكون التعويضات التي نقوم بتقديمها لكم تخضع لأحكام وشروط السياسة الخاصة بنا والتي لا يقصد بها تقليل المبالغ التي قدمتم بدفعها في حال طبقنا سعر الصرف المدعي في عملة مختلفة.

السداد لمقدمي رعاية داخل شبكة Aetna .

قد تكون طريقة السداد في القسم (i) في العملة المحلية المتداول بها (إذا كان من الممكن تقديرها بشكل كامل في Aetna)، أو (ii) أو في حال لم يكن لديك حساب بنكي في تلك العملة المحلية التي تم بها دفع مصاريف الرعاية المقدمة المنصوص عليها في سياستنا وتكون متساوية مع ما ندفع لمقدمي الرعاية الخاصين بنافي العملة التي تم بها السداد وفقاً لالتزاماتنا لمقدمي الرعاية الخاصين بنا والتي قد نقوم بتقديرها بشكل معقول، وتخضع كل حالة إلى مبدأ التعويض المذكور في الأعلى.

3 معلومات طلب التعويض المالي

ما هي نوع الخدمة أو الخدمات التي تطلب تعويضا ماليا مقابلها؟ يُرجى الرجوع إلى مستندات خطة تأمينك للتأكد من التغطية المتوفرة من خلال خطتك.

طبية صيدلية طب الأسنان - يُرجى إرفاق إستمارة GC-14423 البصر

(حدد عدد الأسنان ذات الصلة بالإجراءات المتعلقة بالأسنان)

الإجابة "نعم" أو "لا"

طلب التعويض المالي متعلق بحالة أو حادثة ذات صلة بالعمل. نعم لا
طلب التعويض المالي متعلق بحادث عارض. نعم لا

إذا كنت تقوم بإرسال طلب لحادث أو طلب متعلق بالعمل، أو إصابة في حادث عارض، يُرجى تقديم التفاصيل التالية:

تاريخ الحادث الوقت
ش ش ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي
س س س س س س س س س س س س س س س س
صباحاً مساءً

كيفية وقوع الحادث ومكانه؟

يرجى ملاحظة:

استخدام المساحة أدناه لتلخيص كل طلب علاج تريد تقديم طلب تعويض مالي له. إذا احتجت تقديم طلب تعويض مالي لأكثر من طبلي العلاج ادناه، فالرجاء اكمال صفحة 3 أيضا وإرسالها مع هذه الإستمارة.

اشر المربع إذا كانت ملخصات العلاج ادناه متضمنة في طلب التعويض المالي.

ملخص العلاج

تاريخ العلاج إجمالي الرسوم (بالعملة)
ش ش ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي

موقع المطالبة المالية - اسم مقدم الخدمة الصحية وعنوانه

البلد:

الرمز البريدي:

وصف الخدمة الصحية

أي: نوع العلاج، واسم الدواء/الجهاز

سبب الزيارة

نوع المريض

مريض راقد في المستشفى مريض العيادة الخارجية

إذا كان مريضاً راقداً في المستشفى...

وتاريخ الخروج؟

ش ش ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي

ما هو تاريخ الدخول؟

ش ش ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي

ملخص العلاج

تاريخ العلاج إجمالي الرسوم (بالعملة)
ش ش ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي

موقع المطالبة المالية - اسم مقدم الخدمة الصحية وعنوانه

البلد:

الرمز البريدي:

وصف الخدمة الصحية

أي: نوع العلاج، واسم الدواء/الجهاز

سبب الزيارة

نوع المريض

مريض راقد في المستشفى مريض العيادة الخارجية

إذا كان مريضاً راقداً في المستشفى...

وتاريخ الخروج؟

ش ش ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي

ما هو تاريخ الدخول؟

ش ش ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي ي

يرجى ملاحظة:

استخدام المساحة أدناه لتلخيص كل طلب علاج تريد تقديم طلب تعويض مالي له. إذا احتجت تقديم طلب تعويض مالي لاكثر من طلبي العلاج ادناه، فالرجاء نسخ هذه الصفحة قبل اضافة المزيد من المعلومات ومن ثم ارفقها مع هذه الإستمارة يرجى اعادة ترقيم النسخ الإضافية بدءا بالصفحة 5.

ملخص العلاج

ملخص العلاج

تاريخ العلاج	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش
اجمالي الرسوم (بالعملة)									

تاريخ العلاج	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش
اجمالي الرسوم (بالعملة)									

موقع المطالبة المالية - اسم مقدم الخدمة الصحية وعنوانه

موقع المطالبة المالية - اسم مقدم الخدمة الصحية وعنوانه

المدينة:
الدولة/ المقاطعة:
البلد:
الرمز البريدي:

المدينة:
الدولة/ المقاطعة:
البلد:
الرمز البريدي:

وصف الخدمة الصحية

وصف الخدمة الصحية

أي؛ نوع العلاج، واسم الدواء/الجهاز

أي؛ نوع العلاج، واسم الدواء/الجهاز

سبب الزيارة

سبب الزيارة

نوع المريض

نوع المريض

 مريض راقدا في المستشفى مريض العيادة الخارجية

 مريض راقدا في المستشفى مريض العيادة الخارجية

إذا كان مريضاً راقداً في المستشفى...

إذا كان مريضاً راقداً في المستشفى...

ما هو تاريخ الدخول؟

ما هو تاريخ الدخول؟

ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

4 التغطية الصحية الأخرى

هل هناك أي فرد من عائلتك مغطى بواسطة خطة تأمين صحي أخرى أو برامج Medicare أو أي خطة تأمين صحي فيدرالية تابعة للولايات المتحدة أو الخارجية الأمريكية أو أي خطة حكومية قومية أو عن طريق الضمان الاجتماعي؟

لا - اذهب مباشرة إلى الخطوة 5 (التفويض)

نعم - يرجى الاستمرار في هذا القسم

اسم شركة التأمين أو نوع التأمين

اسم الفرد

الاسم (الاسماء) الأول :

الاسم الأخير/اسم العائلة:

الجنس

ذكر

أنثى

تاريخ الميلاد

ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

صلة القرابة بالعضو

العضو نفسه الزوج أو الزوجة الطفل أخرى:

5 التفويض

الودائع الإلكترونية

أنا الموقع أدناه أفوض شركة أتنا للتأمين على الحياة والحوادث المحدودة **Aetna Life &**

Casualty (Bermuda) Ltd. وشركة أتنا للتأمين على الحياة **Aetna Life**

Insurance Company وأي من الشركات التابعة لها ("**Aetna**") و/أو وكلائها

المتخصصين بدفع أي مستحقات لمزايا التأمين الواجبة السداد لي و/أو لأي من مراقبي عن طريق

تحويلها إلى حسابي المصرفي أو المؤسسة المالية المذكورة في هذه الوثيقة. وأوافق على إخطار

شركة **Aetna** خطياً بأية تغييرات تتعلق بالمعلومات التي قدمتها في هذه الإستمارة أو سحب هذا

التفويض. وأوافق على أنه ولاي سبب من الأسباب، في حال تم إيداع دفعات في حسابي المصرفي

لمزايا تأمين لم ألتفأها، فسأقوم بسداد كامل المبلغ لهكذا دفعات على الفور. كما وأوافق في حال لم أقم

بسداد كامل المبلغ لهكذا دفعات على الفور، فسأكون مسؤول شخصياً عن كافة تكاليف سداد المبلغ

(بما يشمل تعاقب المحامي المعقولة والحد الأقصى للفائدة المسموح بها قانوناً).

التفويض في مجال الطب والصيدلة وطب الأسنان والبصر

يجب توقيعه وتاريخه.

أفوض جميع الأطباء ومقدمي الخدمات الصحية الآخرين والصيدليات أو الصيدالنة والمستشفيات

ومؤسسات الرعاية الصحية بتقديم المعلومات المتعلقة بالرعاية الصحية بتزويد شركة أتنا وأي من

الأطراف المستقلة التي تعمل بالنيابة عن شركة أتنا أو التي تعاقدت معها شركة أتنا بمعلومات تتعلق

بالرعاية الصحية أو الاستشارة أو العلاج أو التجهيزات الطبية التي تم تقديمها للمريض (بما في ذلك

الحالات المرتبطة بالأمراض العقلية و/أو مرض نقص المناعة المكتسبة (AIDS/ARC/HIV)،

وسوف تستخدم هذه المعلومات لغرض تقييم وإدارة طلبات التعويض المالي. يحق لشركة أتنا تزويد

رب العمل المذكور في هذه الوثيقة بأي عمليات حسابية لمزايا التأمين تم استخدامها لسداد طلب

التعويض المالي بغرض مراجعة وتحديد أسعار وتشغيل بوليصة أو عقد التأمين. يعد هذا التفويض

ساري المفعول لفترة بوليصة أو عقد التأمين والذي بموجبه تم تقديم طلب التعويض المالي. وأعلم أن

لي الحق باستلام نسخة من هذا التفويض عند الطلب وأوافق على أن تكون هذه النسخة سارية

المفعول مثل الأصل.

تحذير: أن تقديم معلومات خاطئة أو مضللة لأي شركة تأمين بغرض الاحتيال على شركة التأمين أو

أي شخص آخر يعتبر جريمة. وتشمل العقوبات السجن و/أو الغرامات بالإضافة إلى ذلك، يحق

لشركة التأمين عدم تقديم مزايا التأمين في حال تم تقديم معلومات خاطئة تتعلق بطلب التعويض

المالي من قبل مقدم الطلب.

بإمكانك اختيار صيغة التوقيع الإلكتروني في إستمارة طلب التعويض المالي هذا مع التأكيد على

التحقق من المعلومات المقدمة أعلاه وإقرارك بصحتها. لتجنب الشك، فإن هذا التوقيع الإلكتروني

سيكون ساري المفعول وملزماً كما لو قدمت بكتابة توقيعك الأصلي. قد نعتمد هذا التوقيع الإلكتروني

باعتباره إقراراً وتأكيداً ملزماً لإثبات دقة المعلومات المقدمة أعلاه وكونها غير مضللة من جميع

النواحي.

توقيع المريض أو الشخص المفوض

تاريخ التوقيع

ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش	ش
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

لا يمكن لشركات Aetna دفع مقابل خدمات الرعاية الصحية المقدمة في الدول قيد العقوبات من الولايات المتحدة ما لم يسمح بذلك كتابة بموجب ترخيص من مكتب مراقبة الأصول الخارجية (OFAC). لمعرفة المزيد على موقع وزارة الخزانة الأمريكية على

العنوان التالي: www.treasury.gov/resource-center/sanctions

التغطية التي تتعهد بها شركة Aetna للتأمين على الحياة و/أو شركة Aetna Life & Casualty (Bermuda) المحدودة.

بيان الاحتيال/التضليل

يعتبر قيام أي شخص، بغرض ممارسة الاحتيال أو الخداع أو إلحاق ضرر بشركة تأمين عن قصد أو عمداً أو أي شخص، بتقديم طلب تأمين أو بيان مطالبة يحتوي على معلومات مزيفة أو إخفاء أي معلومات تتعلق بأي وقائع أساسية، بغرض التضليل، احتيالا، وهو ما يعتبر جريمة ويخضع هذا الشخص إلى عقوبات جنائية ومدنية.

أدناه بيانات الاحتيال الخاصة بالولايات المتحدة:

للمقيمين في ولاية الإيما: يعتبر أي شخص يقدم مطالبة تعويض مالي مزيفة عن عمد لسداد خسارة أو ربح أو يقدم معلومات مزيفة مدانا بارتكاب جريمة ويمكن أن يخضع لغرامات تعويض أو حبس في السجن أو يجمع بين العقوبتين. بالنسبة للمقيمين في أركنساس ومقاطعة كولومبيا ورود أيلاند وفيرجينيا الغربية: يعتبر أي شخص يقدم مطالبة تعويض مالي مزيفة عن قصد لسداد خسارة أو ربح أو يقدم معلومات مزيفة عن عمد مدانا بارتكاب جريمة ويمكن أن يخضع لغرامات تعويض وحبس في السجن. **للمقيمين في كاليفورنيا:** لحمايتك، فإن قانون كاليفورنيا يتطلب ملاحظة بما يلي بحيث يظهر في هذه الإستمارة: يعتبر أي شخص يطلب تعويض مالي مزيف عن عمد لسداد خسارة مدانا بارتكاب جريمة ويمكن أن يخضع لعقوبات وحبس في سجن الولاية. للمقيمين في كولورادو: لا يجوز تقديم معلومات أو بيانات مزيفة أو غير مكتملة أو مضللة عن قصد لشركة التأمين بغرض خداع أو محاولة خداع الشركة. قد تتضمن العقوبات حبس وغرامات ورفض التأمين وتعويضات مدنية. يتم الإبلاغ عن أي شركة أو ممثل شركة تأمين يقدم معلومات أو بيانات مزيفة أو غير مكتملة أو مضللة عن عمد إلى حامل الوثيقة أو المطالب بغرض خداعه أو محاولة خداعه فيما يتعلق بتسوية أو تعويض مستحق من عائدات التأمين إلى قسم التأمين في كولورادو بإدارة الهيئات التنظيمية. للمقيمين في فلوريدا: يعتبر أي شخص يقدم، بغرض ممارسة الاحتيال والخداع ضد أي شركة تأمين، بيان مطالبة أو طلب تعويض مالي يحتوي على معلومات مزيفة أو غير مكتملة أو مضللة أو مذبذبة ومرتكب جريمة من الدرجة الثالثة. للمقيمين في كانساس: يعتبر أي شخص يقدم، بغرض الاحتيال ضد شركة تأمين أو شخص آخر عن قصد و عمد، نموذج تسجيل خاص بالتأمين أو بيان مطالبة تعويض مالي يحتوي على معلومات مزيفة أو يخفي معلومات تتعلق بحقائق، بغرض التضليل، منتهكا للقانون. للمقيمين في كنتاكي: يعتبر أي شخص يقدم بيان مطالبة تعويض مالي يحتوي على معلومات مزيفة أو يخفي أي معلومات تتعلق بوقائع أساسية، بغرض التضليل لشركة التأمين أو شخص آخر احتيالا وهو ما يعد جريمة. للمقيمين في لويزيانا: يعتبر أي شخص يقدم طلبا مزيفا أو احتياليا لسداد خسارة أو ربح بشكل متعمد أو يقدم معلومات مزيفة عن قصد في طلب التعويض المالي مدانا بارتكاب جريمة وقد يخضع لغرامات وحبس. للمقيمين في ميزوري: يعتبر تقديم معلومات مزيفة أو غير مكتملة أو مضللة عن قصد لشركة التأمين، بغرض خداعها، جريمة. للمقيمين في مينيسوتا: يعتبر تقديم معلومات مزيفة أو غير مكتملة أو مضللة عن قصد لشركة التأمين، بغرض خداعها، جريمة. للمقيمين في ماريلاند: يعتبر أي شخص يقدم عن عمد أو قصد أي مطالبة مزيفة أو احتيالية لسداد ربح أو خسارة أو يقدم بشكل متعمد معلومات مزيفة في طلب التعويض المالي المرتكب جريمة وقد يخضع لغرامات وحبس. للمقيمين في ميسوري: يعتبر تقديم معلومات مزيفة أو غير مكتملة أو مضللة عن قصد لشركة التأمين، بغرض خداعها، جريمة. تتضمن العقوبات الحبس والغرامات ورفض التأمين والتعويضات المدنية كما يحدد قانون المحكمة. يتم اتهام أي شخص بتعمد ممارسة الاحتيال أو الخداع أو يتسبب في حدوث ضرر لشركة تأمين بارتكاب جريمة احتيالا حسبما يحدد القانون. للمقيمين في نيو جيرسي: أي شخص يقوم بتضمين أي معلومات مضللة أو مزيفة في طلب بوليصة التأمين أو يقدم بيان مطالبة يحتوي على معلومات مزيفة أو مضللة يخضع لعقوبات جنائية ومدنية. للمقيمين في نيويورك: أي شخص يمارس الاحتيال بقصد على شركة تأمين أو شخص آخر من خلال تقديم طلب تأمين أو بيان يحتوي على معلومات مزيفة أو إخفاء معلومات، بغرض التضليل، تتعلق بوقائع أساسية، يعد مرتكب تصرف احتيالي فيما يخص التأمين، وهو ما يعتبر جريمة، وسيخضع إلى عقوبة مدنية لا تزيد عن 5 آلاف دولار أمريكي وقيمة الطلب المذكورة بالنسبة لكل انتهاك. للمقيمين في كارولينا الشمالية: يعتبر أي شخص يمارس الاحتيال والخداع على شركة أو شخص آخر بحيث يقدم طلب التعويض المالي أو بيان مطالبة يحتوي على أي معلومات مزيفة أو يخفي معلومات تتعلق بأي وقائع أساسية، بغرض التضليل، مرتكبا لتصرف احتيالي، والتي تعد جريمة، وتتسبب في خضوع هذا الشخص إلى عقوبات جنائية ومدنية. للمقيمين في أوهايو: يعتبر أي شخص يمارس الاحتيال أو يسهل القيام بعملية الاحتيال بشكل متعمد ضد شركة تأمين ويقدم طلبا يحتوي على معلومات مزيفة ومضللة متهمها بجريمة الاحتيال في التأمين. للمقيمين في أوكلاهوما: تحذير: يعتبر أي شخص يقوم بممارسة الاحتيال أو الخداع عن عمد ضد شركة التأمين ويقدم طلبا بأرباح بوليصة التأمين يحتوي على معلومات مضللة أو غير مكتملة أو مزيفة مرتكبا لجناية. للمقيمين في أوريغون: يعتبر أي شخص يمارس الخداع والاحتيال ضد شركة التأمين أو أي شخص آخر ويقدم نموذج تسجيل خاص بالتأمين أو بيان مطالبة يحتوي على معلومات مزيفة أو يخفي معلومات تتعلق بوقائع أساسية، بغرض التضليل، منتهكا لقانون الدولة. للمقيمين في بنسلفانيا: أي شخص يمارس الاحتيال بقصد ضد أي شركة تأمين أو شخص آخر بحيث يقدم طلب تأمين أو بيان مطالبة يحتوي على معلومات خاطئة أو يخفي معلومات تتعلق بوقائع أساسية، بغرض التضليل، يعتبر مرتكبا لتصرف احتيالي خاصة بالتأمين، وهو ما يعد جريمة، ويخضعه إلى عقوبات جنائية ومدنية. للمقيمين في بورتوريكو: أي شخص يقوم، بهدف ممارسة الاحتيال، بإدراج معلومات مزيفة في طلب التأمين أو يساعد أو يحرض على تقديم طلب مزيف للحصول على مبلغ لسداد الخسارة أو ربح آخر أو يقوم بتقديم أكثر من طلب لنفس الخسارة أو الضرر يعتبر مرتكبا جريمة وإذا ثبتت جرمته ستم معاقبته على كل انتهاك بغرامة لا تقل عن خمسة آلاف دولار أمريكي (\$5,000) ولا تزيد عن عشرة آلاف دولار أمريكي (\$10,000) أو يتم سجنه لمدة ثلاث سنوات أو يجمع بينهما. في ظل ظروف مشددة، قد تزداد فترة السجن الثابتة إلى (5) خمس سنوات بحد أقصى؛ وفي ظل ظروف التخفيف، قد يتم تخفيف فترة السجن إلى (2) عامين بحد أدنى. للمقيمين في تكساس: أي شخص يقدم، بغرض ممارسة الاحتيال أو الخداع عن قصد ضد شركة تأمين أو شخص آخر، طلب تأمين أو بيان مطالبة يحتوي على تفسير خاطئ لمعلومات المواد أو يخفي المعلومات المتعلقة بالوقائع الأساسية، بغرض التضليل، يعتبر مرتكبا لتصرف احتيالي خاصة بالتأمين، وهو ما يعد جريمة، ويخضعه إلى عقوبات مدنية وجنائية. للمقيمين في فيرمونت: أي شخص يقدم، بغرض ممارسة الاحتيال والخداع ضد أي شركة تأمين أو شخص آخر، طلب تأمين أو بيان مطالبة يحتوي على معلومات مزيفة أو يخفي معلومات تتعلق بالوقائع الأساسية، بغرض التضليل، يعتبر مرتكب تصرف احتيالي خاص بالتأمين وهو ما يعد جريمة وقد يخضع هذا الشخص إلى عقوبات مدنية وجنائية. للمقيمين في فيرجينيا: أي شخص يقدم، بغرض ممارسة الاحتيال أو الخداع أو إلحاق ضرر بشركة تأمين أو شخص آخر، طلب تأمين أو بيان مطالبة يحتوي على معلومات مزيفة أو يخفي معلومات تتعلق بوقائع أساسية، بهدف التضليل، يعتبر مرتكب تصرف احتيالي، وهو ما يعد جريمة ويخضع هذا الشخص إلى عقوبات جنائية ومدنية. للمقيمين في واشنطن: يعتبر تقديم معلومات مزيفة أو غير مكتملة أو مضللة عن قصد لشركة التأمين، بغرض خداعها، جريمة. تتضمن العقوبات والسجن ورفض لمزايا التأمين.

للخطة الخاضعة لتشريع قانون الرعاية الصحية الفيدرالي للولايات المتحدة (ACA) تخضع أيتنا (Aetna) لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المطبقة، ولا تفرق على أساس العرق، لون البشرة، الأصول، العمر، حالات العجز الجسدي، أو الجنس.

توفر أيتنا (Aetna) معونات/خدمات مجانية للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، والأشخاص الذين يحتاجون مساعدة في اللغة.

إذا كنت بحاجة مترجم فوري مؤهل، أو معلومات مكتوبة بتنسيق آخر، أو ترجمة أو خدمات أخرى، الرجاء الاتصال بالرقم المتوفر على بطاقة التعريف الخاصة بك ID.

إذا شعرت أننا لم نقم بتزويدك بهذه الخدمات أو شعرت بتفرقة مبنية على فئة معينة تم ذكرها أعلاه، بإمكانك أيضا التقدم بشكوى لدى منسق الحقوق المدنية من خلال الاتصال على:

Civil Rights Coordinator,

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (CA HMO customer: PO Box 24030 Fresno, CA 93779),

1-800-648-7817, TTY: 711,

859-425-3379 (CA HMO customer: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com. فاكس:

بإمكانك أيضا التقدم بشكوى حقوق مدنية مع وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب شكاوى الحقوق المدنية، متوفر على الرابط U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201، أو الاتصال على الرقم 1-800-368-1019، 800-537-7697 (جهاز الاتصال للصم) <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، أو: وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية،

تعتبر أيتنا (Aetna) الاسم التجاري للمنتجات والخدمات الموفرة من قبل أحد أعضاء مجموعة أيتنا (Aetna)، أو أحد الشركات التابعة لها، بما فيها شركة التأمين على الحياة أيتنا (Aetna)، خطط كوفنتري للرعاية الصحية، والشركات التابعة لها (Aetna).

TTY: 711

For language assistance in your language call the number listed on your ID card at no cost. (English)

Para obtener asistencia lingüística en español, llame sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación. (Spanish)

欲取得繁體中文語言協助，請撥打您 ID 卡上所列的號碼，無需付費。(Chinese)

Pour une assistance linguistique en français appeler le numéro indiqué sur votre carte d'identité sans frais. (French)

Para sa tulong sa wika na nasa Tagalog, tawagan ang nakalistang numero sa iyong ID card nang walang bayad. (Tagalog)

Benötigen Sie Hilfe oder Informationen auf Deutsch? Rufen Sie kostenlos die auf Ihrer Versicherungskarte aufgeführte Nummer an. (German)

للمساعدة في (اللغة العربية)، الرجاء الاتصال على الرقم المجاني المذكور في بطاقتك التعريفية. (Arabic)

Pou jwenn asistans nan lang Kreyòl Ayisyen, rele nimewo a yo endike nan kat idantifikasyon ou gratis. (French Creole)

Per ricevere assistenza linguistica in italiano, può chiamare gratuitamente il numero riportato sulla Sua scheda identificativa. (Italian)

日本語で援助をご希望の方は、ID カードに記載されている番号まで無料でお電話ください。(Japanese)

한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 보험 ID 카드에 수록된 무료 통화번호로 전화해 주십시오. (Korean)

برای راهنمایی به زبان فارسی، بدون هیچ هزینه ای با شماره ای که بر روی کارت شناسایی شما آمده است تماس بگیرید. انگلیسی (Persian)

Aby uzyskać pomoc w języku polskim, zadzwoń bezpłatnie pod numer podany na karcie ID. (Polish)

Para obter assistência linguística em português ligue para o número grátis listado no seu cartão de identificação. (Portuguese)

Чтобы получить помощь русскоязычного переводчика, позвоните по бесплатному номеру, указанному в вашей ID-карте удостоверения личности. (Russian)

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng (ngôn ngữ), hãy gọi miễn phí đến số được ghi trên thẻ ID của quý vị. (Vietnamese)