

## 有问题吗？

我们了解，您可能会有疑问，因此我们始终竭诚为您提供帮助。您可以随时致电与我们联系，电话号码列于您的 Aetna 保险卡背面。

您也可以登录 [www.aetnainternational.com](http://www.aetnainternational.com)，单击‘Contact us（联系我们）’即可向我们发送安全电邮。



# 提交理赔，简单便捷

本表可用于提交医疗、牙科、视力或药房服务的理赔申请。

如果您为一个以上人士提交理赔申请，则每位家庭成员需填写单独的表格。

## 如何填写本表

- 使用黑色墨水完整填写
- 适用时，以‘X’标注您的答案，像这样：
- 仔细检查，以确保您的付款细节是准确的
- 签名并注明授权日期
- 在与索赔申请表一同提交的每份文件上写下您的会员保险卡号码。
- 保存一份填妥的表格副本作为记录

## 提交理赔

填写理赔申请表后，您需与申请表一同提交账单明细和收据。对于小张收据，您应将其粘帖在一张完整尺寸的纸张上。然后，以您偏好的方式提交文件。我们将处理您的理赔并在 10 至 14 个日历日内作出回应。

- **上传\***  
登录 [www.aetnainternational.com](http://www.aetnainternational.com) 并单击“Claims Center（理赔中心）”
- **传真**  
美国境外：+1 800 475 8751（通过 AT&T + 接入代码）  
美国境内：+1 859 425 3363
- **电邮\***  
发送附件至 [aiservice@aetna.com](mailto:aiservice@aetna.com)
- **邮寄**  
Aetna International/Aetna, PO Box 981543, El Paso, TX 79998-1543, USA

## 欲知理赔处理状态或需服务，请致电：

美国境外：+1 800 231 7729（通过 AT&T + 接入代码）  
美国境外收费电话或直拨：+1 813 775 0190

\* 附件大小限 10MB

## 有些服务可能需要额外信息

对于某些服务，您需要提交额外文件。如果您的理赔属于以下类别，您需要提供下列额外项目。

### 假牙服务（如牙冠、牙桥和假牙）

- X 光片（或若无 X 光片，则需提供牙医的描述性报告）
- 显示任何缺牙和拔牙日期的牙科图表
- 前次放置假牙的日期及更换理由（若适用）

### 牙周服务：

- X-光片
- 当前注明日期的手术前牙周图表

### 牙齿矫正服务：

- 放置牙科矫形器的日期
- 治疗月份数
- 治疗剩余月份数

### 事故受伤相关服务

- 治疗前 X 光片
- 事故详情

对于超过一定年龄的受抚养人，若您的健保计划规定上学为保险条件，则您可能需要提供：

- 成绩单、学费声明或其他形式的入学证明



### 3 理赔详情

您为何种服务提交理赔申请? 请参阅您的计划文件以确认透过您的计划可获得的承保范围。

- 医疗     
  药房     
  牙科 - 请附上 GC-14423 表  
 (对所有牙科医疗程序, 确定相关的牙齿数目)     
  视力

回答“是”或“否”

该理赔与工作相关事故或情况有关。       是       否

该理赔与事故受伤有关。       是       否

如果您提交与工作相关事故或病况、或意外受伤方面的理赔申请, 请提供详情:

事故日期      时间

月	月	日	日	年	年	年	年
---	---	---	---	---	---	---	---

时	时	分	分
---	---	---	---

 上午       下午

事故是如何及在哪里发生?

**请注意:**

使用如下空白处, 概括与您所提交理赔相关的每次治疗情况。若您要针对两个以上的事件提交一项理赔申请, 请同时填妥第 3 页并与本表一同交回。

仅当下列治疗概况与本理赔申请一同提交时才勾选此项。

#### 治疗概况

治疗日期      总费用 (币种)

月	月	日	日	年	年	年	年
---	---	---	---	---	---	---	---

理赔地点 — 医疗服务提供者名称及地址

城市

---

州 / 省:

---

国家:

---

邮政编码 / 邮递区号:

---

服务说明

即治疗类型、药物 / 器械名称

看诊原因

病人类型

- 住院治疗     
  门诊治疗

若为住院病人...

住院日期是什么?

月	月	日	日	年	年	年	年
---	---	---	---	---	---	---	---

出院日期是什么?

月	月	日	日	年	年	年	年
---	---	---	---	---	---	---	---

#### 治疗概况

治疗日期      总费用 (币种)

月	月	日	日	年	年	年	年
---	---	---	---	---	---	---	---

理赔地点 — 医疗服务提供者名称及地址

城市

---

州 / 省:

---

国家:

---

邮政编码 / 邮递区号:

---

服务说明

即治疗类型、药物 / 器械名称

看诊原因

病人类型

- 住院治疗     
  门诊治疗

若为住院病人...

住院日期是什么?

月	月	日	日	年	年	年	年
---	---	---	---	---	---	---	---

出院日期是什么?

月	月	日	日	年	年	年	年
---	---	---	---	---	---	---	---



## 4 其他现有医疗保险

您家庭中是否有任何成员享有其他健保计划或方案、Medicare 或任何美国联邦、美国州、国家或社会政府计划的承保？

- 否 → 直接前往第 5 节 (授权)
- 是 - 请继续填写本节

保险公司名称或保险类型

家庭成员姓名

名字: \_\_\_\_\_

姓氏 / 姓: \_\_\_\_\_

出生日期

月	月	日	日	年	年	年	年
---	---	---	---	---	---	---	---

性别

- 男性  女性

与会员关系

- 本人  配偶  孩子  其他:

## 5 授权

### 对于所有电子存款

本人在此授权 Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.、Aetna Life Insurance Company 及其任何下属子公司 (统称“Aetna”) 和 / 或其指定的代理将应付给本人或本人受抚养人的给付, 存入本表所列名称之银行或金融机构的本人账户中。若本表所提供信息有任何变化或本人撤销此授权书, 本人同意以书面形式通知 Aetna。本人同意, 若因任何原因, 若有任何不应得的给付存入本人账户, 本人会立即全额退还该等付款。本人进一步同意, 若本人不立即退回该等款项, 本人将对收款费用 (包括合理的律师费和法律所允许的最高利息) 承担责任。

### 医疗、药房、牙科及视力授权

#### 必须签名并注明日期。

本人授权所有医师、其他医疗专业人员、药房 / 药剂师、医院及医疗保健机构向 Aetna 及代表 Aetna 行事或与 Aetna 签约的任何独立方提供有关病人所获得的医疗保健、建议、治疗或用品方面 (包括与精神疾病和 / 或 AIDS/ARC/HIV 相关) 的信息。本信息将被用于评估及管理理赔申请之目的。Aetna 可能会向本表所列之雇主提供用于支付本理赔申请的任何福利计算方法, 以达到审核本保单 / 合同的过程及运作之目的。本授权书在所提交之理赔所属保单或合同期限内有效。本人了解, 我有权索取并获得本授权书的副本, 并且本人同意本授权书副本与原件具有同等效力。

警告: 向保险公司提供虚假或误导性信息以达到欺骗保险公司或任何其他人的目的, 这是一种犯罪行为。刑罚包括监禁和 / 或罚金。此外, 如果申请人提供的虚假信息严重关系到理赔申请, 则保险公司可能拒绝给付保险福利。

您可以选择在本理赔表上使用电子签名以确认您验证并声明上列之详细信息。为避免疑惑, 该等电子签名将是有效并有约束力, 如同您提供了您的原始签名。我们可信赖该等签名是作为具有约束力的验证和声明, 其确认了上述信息在各方面均准确且无误导成分。

病人或授权人士签名

签名日期

月	月	日	日	年	年	年	年
---	---	---	---	---	---	---	---

对于受美国制裁的国家, Aetna 公司无法支付在该等国家所接受的医疗保健服务, 除非获得了外国资产控制办公室 (OFAC) 的书面授权。请登录美国财政部网站以了解详情: [www.treasury.gov/resource-center/sanctions](http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions)

由 Aetna Life Insurance Company 和 / 或 Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd. 提供承保。

## 失实陈述 / 诈骗声明

若任何人明知并以蓄意伤害、诈骗或欺骗任何保险公司或其他人之目的，提出包含任何重大虚假信息的保险申请或索赔声明，或出于误导之目的，隐瞒与任何重要事实有关的信息，即构成保险欺诈行为，这属于犯罪行为，该行为人应就其所为受到刑事和民事处罚。

### 美国欺诈声明如下：

**阿拉巴马州居民请注意：**若任何人在明知情况下，仍提交错误或欺诈性索赔以索取损失或给付付款，或若任何人在明知情况下，仍在保险申请中提交错误信息，即构成犯罪，并可能受到赔偿罚款或监狱监禁，或二者兼有。**阿肯色州、哥伦比亚特区、罗得岛和西弗吉尼亚州居民请注意：**若任何人在明知情况下，仍提交错误或欺诈性索赔以索取损失或给付付款，或在明知情况下，仍在保险申请中提交错误信息，即构成犯罪，并可能受到罚款和监狱监禁。

**加利福尼亚州居民请注意：为了保护您，加州法律规定，本表格中必须出现以下通知：**若任何人在明知情况下，仍提交错误或欺诈性索赔以索取损失付款，即构成犯罪，并可能受到罚款和州监狱监禁。**科罗拉多州居民请注意：**在明知情况下，仍向保险公司提供错误、不完整或误导性事实或信息，以达到欺骗或试图欺骗保险公司的目的，这是一种非法行为。处罚可能包括监禁、罚款、拒绝保险和民事赔偿。任何保险公司或保险公司代理人在明知情况下，仍向保单持有人或索赔人错误、不完整或误导性事实或信息，以达到就有关赔偿金或保险收入付款事宜欺骗或试图欺骗保单持有人或索赔人的目的，则此情况应当上报科罗拉多州保险部的监管机构部门。**佛罗里达州居民请注意：**若任何人明知并以蓄意伤害、诈骗或欺骗任何保险公司之目的，提出包含任何错误、不完整或误导性信息的索赔声明或申请，即构成第三度重罪。**堪萨斯州居民请注意：**若任何人明知并以蓄意伤害、诈骗或欺骗任何保险公司或其他人之目的，提交包含任何重大虚假信息的保险投保表格或索赔声明，或出于误导之目的，隐瞒与任何重要事实有关的信息，则可能违反了州法律。**肯塔基州居民请注意：**若任何人明知并以蓄意诈骗任何保险公司或其他人之目的，提出包含任何重大虚假信息信息的索赔声明，或出于误导之目的，隐瞒与任何重要事实有关的信息，即构成保险欺诈行为，这属于犯罪。**路易斯安那州居民请注意：**若任何人在明知情况下，仍提交错误或欺诈性索赔以索取损失或给付付款，或在明知情况下，仍在申请中提交错误信息，即构成犯罪，并可能受到罚款和监狱监禁。**缅因州和田纳西州居民请注意：**向保险公司提供错误、不完整或误导性信息以达到欺骗保险公司的目的，这是一种犯罪行为。处罚可能包括监禁、罚款、拒绝保险给付。**马里兰州居民请注意：**若任何人在明知情况下，或故意提交错误或欺诈性索赔以索取损失或给付付款，或若任何人在明知情况下，仍在保险申请中提交错误信息，即构成犯罪，并可能受到罚款和监狱监禁。**密苏里州居民请注意：**向保险公司提供错误、不完整或误导性信息以达到欺骗保险公司的目的，这是一种犯罪行为。处罚包括监禁、罚款、拒绝保险和民事赔偿的，具体由法庭决定。若任何人明知并以蓄意伤害、诈骗或欺骗任何保险公司之目的，则可能犯有欺诈，具体由法庭决定。**新泽西州居民请注意：**若任何人在保单申请中列入任何错误或误导性信息，或在明知情况下，提交包含错误或误导性信息的索赔声明，将受到刑事及民事处罚。**纽约州居民请注意：**若任何人明知并以蓄意欺骗任何保险公司或其他人之目的，提出包含任何重大虚假信息的保险申请或索赔声明，或出于误导之目的，隐瞒与任何重要事实有关的信息，即构成保险欺诈行为，这属于犯罪行为，该行为人应就其所为对每项违法行为受到不超过五千美元的民事罚款另加所声明索赔的价值。**北卡罗来纳州居民请注意：**若任何人明知并以蓄意伤害、诈骗或欺骗任何保险公司或其他人之目的，提出包含任何重大虚假信息的保险申请或索赔声明，或出于误导之目的，隐瞒与任何重要事实有关的信息，即构成保险欺诈行为，这可能构成犯罪行为，该行为人应就其所为受到刑事和民事处罚。**俄亥俄州居民请注意：**若任何人蓄意欺骗或在明知情况下，为促成对保险公司的欺骗，提交包含错误或欺骗性声明的申请或索赔，即犯有保险欺诈。**俄克拉何马州居民请注意：**警告：若任何人明知并以蓄意伤害、诈骗或欺骗任何保险公司之目的，提出包含任何错误、不完整或误导性信息的索赔以索取保单的保险收入，即犯有重罪。**俄勒冈州居民请注意：**若任何人以蓄意伤害、诈骗或欺骗任何保险公司或其他人之目的，提交包含任何重大虚假信息的保险投保表格或索赔声明，或出于误导之目的，隐瞒与任何重要事实有关的信息，则可能违反了州法律。**宾夕法尼亚州居民请注意：**若任何人明知并以蓄意欺骗任何保险公司或其他人之目的，提出包含任何重大虚假信息的保险申请或索赔声明，或出于误导之目的，隐瞒与任何重要事实有关的信息，即构成保险欺诈行为，这属于犯罪行为，该行为人应就其所为受到刑事和民事处罚。**波多黎各居民请注意：**若任何人明知并以蓄意欺骗为目的，包括在保险申请中提供错误信息或提出、协助或教唆提出欺诈性索赔以索取损失或其他给付付款，或针对同一项损失或损害重复提出多个索赔，则构成重罪，若被认定有罪，则每次违法行为将被处以不少于五千 (\$5,000) 美元且不多于一万美金 (\$10,000) 的罚款；或监禁固定三 (3) 年时间，或二者兼有。若存在情节严重的情况，则固定的监禁时间可能延长至最多五 (5) 年；若存在减轻处罚的情况，则监禁时间可能会减少至最少两 (2) 年。**得克萨斯州居民请注意：**若任何人明知并以蓄意伤害、诈骗或欺骗任何保险公司或其他人之目的，在提出的保险申请或索赔声明中出于误导之目的，对任何重大事实有意歪曲，隐瞒与任何重要事实有关的信息，则可能构成保险欺诈行为，这可能属于犯罪行为，该行为人应就其所为受到刑事和民事处罚。**佛蒙特州居民请注意：**若任何人明知并以蓄意伤害、诈骗或欺骗任何保险公司或其他人之目的，提出包含任何重大虚假信息的保险申请或索赔声明，或出于误导之目的，隐瞒与任何重要事实有关的信息，即构成保险欺诈行为，这可能构成犯罪行为，该行为人可能就其所为受到刑事和民事处罚。**佛吉尼亚州居民请注意：**若任何人明知并以蓄意伤害、诈骗或欺骗任何保险公司或其他人之目的，提出包含任何重大虚假信息的保险申请或索赔声明，或出于误导之目的，隐瞒与任何重要事实有关的信息，即构成欺诈行为，这属于犯罪行为，该行为人应就其所为受到刑事和民事处罚。**华盛顿州居民请注意：**向保险公司提供错误、不完整或误导性信息以达到欺骗保险公司的目的，这是一种犯罪行为。处罚包括监禁、罚款和拒绝保险给付。

## 对符合美国联邦平价医疗法案 (ACA) 立法要求的计划

Aetna 符合适用的联邦民权法，不因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别等而有歧视、排外不平等待人行为。

Aetna 向残疾人士和需要语言协助的人士提供免费的协助/服务。

如果您需要合格的口译员，或其他格式的书面信息，翻译版本或其他服务，请拨打列于您保险卡上的电话号码。

如果您认为我们未提供这些服务或因以上所列之受保护原因而歧视您，您可以通过以下联系方式向民权协调员提出申诉：

Civil Rights Coordinator (民权协调员)

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

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

传真：859-425-3379 (CA HMO 客户: 860-262-7705) , [CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com).

您也可以向美国卫生与人类服务部民权投诉门户办公室提出民申诉，网址是：

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, 或地址是：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 或拨打电话 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)。

Aetna 是 Aetna 集团一个或多个子公司 (包括 Aetna Life Insurance Company、Coventry Health Care 计划) 及其关联公司 (Aetna) 所提供产品和服务的品牌名称。

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 nakalistingang 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)