



Aetna International Claim Submission Spreadsheet

Pay Missionary Medical PIN	9070920
Aetna International Coverage underwritten by Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.	

Patient Name <i>Nombre del Misionero</i>	Aetna ID <i>ID de Aetna</i>	DoB <i>mm/dd/yyyy</i> <i>Fecha de Nacimiento</i> <i>mm/dd/aaaa</i>	Date of visit/admit <i>mm/dd/yyyy</i> <i>Fecha de la visita/atención médica</i>	Discharge Date if applicable <i>Fecha de salida del hospital (si aplica)</i>	Billed Amount <i>Cantidad Cobrada</i>	Currency Type (US, Mexican Pesos, etc.) <i>Tipo de Cambio</i> <i>(dólares, pesos mexicanos, etc.)</i>	Name of Facility or Physician or Pharmacy <i>Nombre del proveedor médico o farmacia</i>	Description of services & type of illness/injury or Type of Medication (do not submit over-the-counter medication expenses) <i>Descripción de los servicios y tipo de enfermedad/accidente o tipo de medicamento (no incluya gastos por medicamentos que se pueden obtener SIN receta médica)</i>

*** PLEASE BE SURE TO ATTACH AN INVOICE OR RECEIPT FOR EACH CLAIM AND MARK CLEARLY WITH MEMBER NAME FOR PROCESSING.
 ***ASEGÚRESE DE INCLUIR UN RECIBO O COMPROBANTE DE PAGO POR CADA REEMBOLSO DE CADA MISIONERO E INDIQUE CLARAMENTE EL NOMBRE DEL MISIONERO PARA QUE SEA PROCESADO CORRECTAMENTE.

***IMPORTANT: There is a 10MB limit to email the claim form & receipt images. You may need to send in separate emails. All receipts should be accompanied with a spreadsheet. ***
 ***IMPORTANTE: Hay un límite de 10 MB en cada email cuando incluya el formulario de reembolso y las imágenes de los recibos. Puede que tenga que enviar varios emails por separado. Todos los recibos deben estar acompañados con el formulario de reembolso correspondiente. ***

To Submit:
 Para Enviar:
 via Fax: +011 859.425.3363
 via Email:

aiservice@aetna.com