



Aetna International

Etna International

Claim Submission Spreadsheet

Feuille de calcul de soumission de demande

Pay Missionary Medical PIN <i>Payer le NIP médical du missionnaire</i>	9070920
Aetna International Coverage underwritten by Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd. <i>Etna International</i> <i>Couverture souscrite par Aetna Life & Casualty (Bermudes) Ltd.</i>	

Patient Name <i>Nom du patient</i>	Aetna ID <i>Ed Etna</i>	DoB <i>mm/dd/yyyy</i> <i>Date de naissance</i> <i>mm/jj/aaaa</i>	Date of visit/admit <i>mm/dd/yyyy</i> <i>Date de visite/admission</i> <i>jj/mm/aaaa</i>	Discharge Date if applicable <i>Date de sortie le cas échéant</i>	Billed Amount <i>Facturé</i> <i>Montant</i>	Currency Type (US, Mexican Pesos, etc.) <i>Type de devise</i> <i>(États-Unis, pesos mexicains, etc.)</i>	Name of Facility or Physician or Pharmacy <i>Nom de l'établissement ou du médecin ou de la pharmacie</i>	Description of services & type of illness/injury or Type of Medication (do not submit over-the-counter medication expenses) <i>Description des services et type de maladie/blessure ou type de médicament (ne soumettez pas les frais de médicaments en vente libre)</i>

*** PLEASE BE SURE TO ATTACH AN INVOICE OR RECEIPT FOR EACH CLAIM AND MARK CLEARLY WITH MEMBER NAME FOR PROCESSING.

*** VEUILLEZ VOUS ASSURER DE JOINDRE UNE FACTURE OU UN REÇU POUR CHAQUE DEMANDE ET DE MARQUER CLAIREMENT AVEC LE NOM DU MEMBRE POUR LE TRAITEMENT.

***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. ***

*** IMPORTANT: Il y a une limite de 10 Mo pour envoyer par e-mail le formulaire de réclamation et les images du reçu. Vous devrez peut-être envoyer des e-mails séparés. Tous les reçus doivent être accompagnés d'une feuille de calcul.***

To Submit:

Soumettre:

via Fax: +011 859.425.3363

via Email:

aiservice@aetna.com