

## 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

填妥理赔申请表后，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：

免费电话：+1 800 231 7729  
美国境外，使用 AT&T 接入码。  
美国境内或境外，直接拨打或对方付费电话：+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

# 1 个人详情

## 关于会员 (用户)

姓名 (如同您的 Aetna 保险卡所示 — 包括完整的名字)

名字:	
姓氏 / 姓:	

Aetna 保险卡号码 (显示于您的 Aetna 保险卡上)

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

出生日期	性别								
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;">月</td> <td style="width: 25px; height: 20px;">月</td> <td style="width: 25px; height: 20px;">日</td> <td style="width: 25px; height: 20px;">日</td> <td style="width: 25px; height: 20px;">年</td> <td style="width: 25px; height: 20px;">年</td> <td style="width: 25px; height: 20px;">年</td> <td style="width: 25px; height: 20px;">年</td> </tr> </table>	月	月	日	日	年	年	年	年	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
月	月	日	日	年	年	年	年		

联系详情

电话号码 (包括地区及 / 或国家代码):
电邮地址:

地址

街道地址:
城市:
州 / 省:
国家:
邮政编码 / 邮递区号:

# 2 偿付详情

您希望偿付款寄往哪里?

- 寄给会员 (用户)
- 寄给医疗服务提供者

我们应使用哪种付款方式为您提供偿付?

- 使用当前记录的“经常性偿付选择”(Recurring Reimbursement Election, RRE) 内的信息
- 使用以下付款详情一节中提供的信息创建一个 RRE 或更新您当前的 RRE
- 仅将以下付款详情一节中提供的信息用于与本表相关的理赔费用我们如何处理您的偿付?
- 通过银行资金从 Aetna 转账至以下提供的银行账户。  
*这是最简便的偿付方式。*
- 通过支票

您希望以何种货币获得偿付, 如英镑?

*若对于以上所选择的偿付方式, 不提供您所选择的币种, 我们将默认为美元 (\$) 转账 (若有银行详情) 或以美元 (\$) 支票方式支付给付款接收方 (若无银行详情)。*

国家:	
币种:	

## 针对美国境外医疗服务提供者的偿付

在采取合理行动的情况下, 如果我们判定任何中央银行或相关政府或政府部门因任何原因征收经操控的汇率 (包括但不限于不符合自由市场汇率的汇率), 我们则可能自行决定针对相关国家的做法根据本协议内容以任何我们可能合理决定的方式向您偿付您的有效理赔。在做成此判定时, 我们应尽力确保在与任何保险合同根本基础保持一致的前提下, 对您的损失进行补偿 (需遵守您保单的条款和条件) 但不会不公正地对您进行补偿, 如我们使用该经操控的汇率以另一币种支付您的情况一样。

## 美国境外 Aetna 网络内医疗服务提供者

偿付的方式可能包括使用以下方式给付: (i) 适用的当地货币 (如果经 Aetna 自行决定认为可行), 或 (ii) 如果您没有该当地货币的银行账户, 则我们会以保单保费付款的货币给付, 根据我们对我们的网络医疗服务提供者的义务, 金额与我们会给付给该网络医疗服务提供者的金额相等 (我们可能进行合理判定), 且每种情况都需遵守我们在上面提到的偿付原则。

## 关于雇主

名称	
团体号	

## 关于病人

姓名									
名字:									
姓氏 / 姓:									
出生日期	性别								
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;">月</td> <td style="width: 25px; height: 20px;">月</td> <td style="width: 25px; height: 20px;">日</td> <td style="width: 25px; height: 20px;">日</td> <td style="width: 25px; height: 20px;">年</td> <td style="width: 25px; height: 20px;">年</td> <td style="width: 25px; height: 20px;">年</td> <td style="width: 25px; height: 20px;">年</td> </tr> </table>	月	月	日	日	年	年	年	年	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
月	月	日	日	年	年	年	年		
与会员关系									
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 孩子 <input type="checkbox"/> 其他: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 15px;"></span>									

## 美国境外网络外医疗服务提供者

偿付的方式可能包括使用以下方式给付: (i) 适用的当地货币, 且需遵守我们在上面提到的偿付原则 (如果经 Aetna 自行决定认为可行), 或 (ii) 如果您没有该当地货币的银行账户, 则我们会以保单保费付款的货币给付, 金额与适用的合理惯例收费相等。

## 付款详情

如果您选择了通过银行转账接受给付, 请将如下详情填写完整。我们将免费将您的资金转入您的银行, 但我们敦促您, 请与您的银行核实, 资金转账是否要扣缴任何额外的接收费用。

银行账户持有人姓名 (如同银行对账单所示)
银行账户号
银行识别代码 / 路由号码或替代 ID / 代码

- S.W.I.F.T./BIC 代码 (仅用于转账)     CHIPS UID     联邦 ABA
- 银行排序 ID     IBAN\*     其他\*\*

*(\*请与您的银行核实, 以确认是否在某些国家 (如阿拉伯联合酋长国 (阿联酋)) 有任何强制性的 IBAN 规定且必须提供用于银行资金转账理赔付款交易。*

*\*\* 请使用其他输入字段来说明上报的替代 ID 或代码, 如银行代码 / 分行、RUT#、IFSC 代码, KBA#*

银行详情

银行名称:
街道地址:
城市
州 / 省:
国家:
邮政编码 / 邮递区号:
电话号码 (包括地区及 / 或国家代码):

### 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: 

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

 时间: 

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: 

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

 总费用 (币种): 

--

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: 

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

 总费用 (币种): 

--

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

Empty rectangular box for user name.

**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。如果您需要提交超过这两个事件 (如下) 的理赔申请, 请复印本页后再继续填写, 并与本表一同提交附加页。

请对额外的副本重新编写页码, 从第 5 页开始。

**治疗概况**

治疗日期

月 月 日 日 年 年 年 年

总费用 (币种)

Empty box for total cost.

理赔地点 — 医疗服务提供者名称及地址

Form for provider name and address, including fields for City, State/Province, Country, and ZIP/Postcode.

服务说明

即治疗类型、药物 / 器械名称

Form for service description.

看诊原因

Form for reason for visit.

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

月 月 日 日 年 年 年 年

总费用 (币种)

Empty box for total cost.

理赔地点 — 医疗服务提供者名称及地址

Form for provider name and address, including fields for City, State/Province, Country, and ZIP/Postcode.

服务说明

即治疗类型、药物 / 器械名称

Form for service description.

看诊原因

Form for reason for visit.

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 6 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 健康数据处理知情同意

您在此理赔表中提供的信息包括个人数据和健康数据。为了帮助您作出知情决定，即您是否同意处理您的健康数据，我们特此提供以下一些信息。

**Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd** (安泰保险百慕大有限公司)、**Aetna Life Insurance Company** (安泰人寿保险公司) (简称“Aetna”，“我们”)，是您在此表格中提供的所有数据的数据控制人，包括健康数据。我们根据适用的隐私法律和法规，以及我们自己公司的隐私政策，来保护本表格中所包含数据的隐私。

我们将使用此理赔表中提供的个人数据和健康数据来评估、处理和管理您的理赔案件。

出于上述目的之必要性，我们将保留您的个人数据和健康数据。此外，为履行我们的法律或监管义务，我们可能保留理赔数据 10 年，日期是从您的理赔案件结束时计算。

为了评估、处理和管理您的理赔，我们可能会向第三方披露您的信息。我们会继续控制这些数据，并要求第三方保护您的数据。您在此理赔表中提供的信息，将在美国境内按照适用的保单条款进行处理。

要了解有关数据隐私权的更多信息，以及 Aetna 的隐私规范，您可以上网查看我们的完整隐私政策：

<https://www.aetnainternational.com/en/about-us/legal-notice.html>。

请注意，若您拒绝同意，则我们可能无法继续处理您的理赔，或无法获得足够信息来对您的理赔做出充分知情的决定。

## 6 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。

我进一步授权 **Aetna** 处理我的医疗数据，以便依照第 5 条“同意处理理赔数据”中的规定来处理我的理赔案件。

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。**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。**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。

签名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

## 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，您也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

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.