

ご質問がありますか？

当社はいつでもお客様のご質問にお答えいたします。Aetna ID カードの裏面に記載されている電話番号にお電話ください。

または、www.aetnainternational.com にログインして「お問い合わせ」をクリックし、電子メールにてご連絡ください。



請求の提出は とても簡単です

この請求用紙は、医療、歯科、眼科および処方薬の各サービスに対する請求の提出にご利用いただけます。

2名様以上の請求を提出する場合、ご家族1名様ごとに別の請求用紙が1通必要となります。

この請求用紙の記入方法

- 黒のインクを使用して、もれなく記入してください。
- 該当する回答には、次のように「X」マークを付けてください:
- 支払い情報が正確であるか、再確認してください。
- 承認に署名し、日付を記入してください。
- 請求用紙と共に送信する各文書にメンバーID番号を明記してください。
- 記入済みの請求用紙の複写をご自身の記録用に保存してください。

請求の提出

請求用紙への記入を済ませた後、明細書および領収書と共に提出していただく必要があります。領収書が小型であれば、A4サイズ等の大型の紙にテープで添付してください。その後、以下のうちご希望の方法で文書を提出してください。当社では受領後10~14日以内に請求を処理し、お客様に返答いたします。

• アップロードする*

www.aetnainternational.com にログインし、「請求センター」をクリックします。

• ファクスで送信する

米国外: +1 800 475 8751 (AT&T 利用 + アクセスコード)

米国内: +1 859 425 3363

• 電子メールで送信する*

添付ファイルとして aiservice@aetna.com までお送りください。

• 郵送する

宛先: Aetna International/AetnaPO Box 981543, El Paso, TX 79998-1543, USA

請求の状況またはサービスに関する連絡先:

フリーダイヤル: +1 800 231 7729

米国外からはAT&Tアクセスコードをご使用ください。

米国内外からの直通またはコレクトコール: +1 813 775 0190

* 添付ファイルの上限は、10MBです。

サービスの種類によっては、 追加情報が必要となります

サービスの種類によっては、追加情報を提出していただく必要があります。請求が以下のいずれかに該当する場合、記載される追加情報を提出していただく必要があります。

補綴治療 (歯冠、架工義歯、義歯など):

- X線写真 (X線写真がない場合は、歯科医の説明報告を提出してください)
- 全ての欠損歯の歯式図および抜歯日
- 過去に行われた補綴治療と交換する理由 (該当する場合)

歯周病治療:

- X線写真
- 最新の手術前の歯周根図

歯列矯正治療:

- 装置の取り付け日
- 治療を行った月数
- 治療の残りの月数

事故による負傷の診療:

- 治療前のX線写真
- 事故の詳細

お客様のプランが、扶養家族の保障の条件として特定の年齢に対して学生であることを求める場合、以下を提出していただく必要があります。

- 成績通知表、学費明細書などの在学を証明する書類の提出

1 個人情報

メンバー(加入者)に関する情報

氏名 (Aetna ID カードの記載どおり、省略せずに記入)

名:	
姓:	

Aetna ID 番号 (ID カードの記載どおり)

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

生年月日

性別

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

 男性 女性

連絡先情報

電話番号 (国番号および市外局番を含む):	
メールアドレス:	

住所

町名および番地:	
市:	
州/郡:	
国:	
郵便番号:	

雇用主に関する情報

名称:

--

グループ番号

--

患者に関する情報

氏名

名:	
----	--

姓:

--

生年月日

性別

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

 男性 女性

メンバーとの関係

 自身 配偶者 子ども その他:

--

2 保険金のお支払い

保険金の支払先を指定してください。

- メンバー (加入者)
 医療提供者

当社が保険金を支払う際に使用すべき情報を指定してください。

- 現在記録されている連続精算選択 (RRE) の情報を使用する。
 以下の「支払い情報」の項に記載される情報を使用して、RRE を設定するか、既存の RRE を更新する。
 本請求用紙に関連する費用についてのみ、以下の「支払い情報」の項に記載される情報を使用する。

ご希望の保険金支払い手続きの方法を指定してください。

- Aetna から以下に記載される銀行に送金する
 これが最も簡単な支払い方法です。
 小切手

希望の保険金支払通貨を指定してください (英国ポンドなど)。

上記で選択された通貨が支払い方法として利用できない場合、銀行情報が提供されているときは、米ドルによる銀行振り込みで、銀行情報が無いときは、支払先当事者宛の米ドル建て小切手でお支払いすることになっています。

国:	
通貨:	

米国外の医療機関への払い戻し

合理的に行動する弊社が、中央銀行または関連する政府または政府当局が、いかなる理由であっても関連する通貨に関して人為的な為替レート (自由市場の為替レートと一致しない為替レートを含むが、それに限定されない) を課していると判断する場合、弊社は弊社の裁量により、当該国における治療に関する本合意に基づいた正当な保険請求に従って、弊社が合理的に決定することができるいかなる方法によっても、あなたに払い戻しを行うことができます。当該決定を行う時、すべての保険契約の基本的原理に従い、弊社はあなたの損失 (あなたの方針の契約条件の対象となる) を補償しますが、他の通貨による人為的な為替レートを適用した場合、場合によってはあなたに不当な利益を与えることがないよう努めるものとします。

米国外の Aetna ネットワーク内の医療機関

払い戻しの方法は、(i) 適用される現地通貨 (Aetna の裁量が可能であれば)、または (ii) 当該現地通貨で銀行口座をお持ちでない場合は、**ネットワーク医療機関** (弊社が合理的に決定することができる) への弊社の義務に従って契約料を支払った通貨で弊社の**ネットワーク医療機関**に従って支払った額と同額の契約保険料の通貨から構成することができ、いずれの場合も上述した補償原則の対象となります。

米国外のネットワーク外の医療機関

払い戻しの方法は、(i) 上述した補償原則の対象となる、適用される現地通貨 (Aetna の裁量が可能であれば)、または (ii) 当該現地通貨で銀行口座をお持ちでない場合は、適用される**一般的な合理的な金額**と同額の支払われた契約保険料の通貨から構成することができます。

支払い情報

銀行振り込みで給付金を受け取られることを希望する場合、以下の情報をすべて入力してください。

当社は無料でお客様の取引銀行への電子送金を行います。取引銀行が電子送金の受領に対して追加手数料等を課すか、確認されることをお勧めします。

講座名義人 (銀行取引明細書の記載どおり)

--

銀行口座番号

--

銀行識別 (ID) 番号、ルーティング番号または代替 ID/コード

--

 S.W.I.F.T./BIC コード (電信送金のみ) CHIPS UID 連邦 ABA 銀行整理 ID IBAN* その他**

--

* お客様がご利用の銀行に IBAN (国際銀行口座番号) の要件についてご確認ください。これは、アラブ首長国連邦を含む特定の国で必要となり、銀行送金を行う際に提供する必要があります。

** 銀行コード/支店、RUT#, IFSC コード、KBA# 等の報告済みの代替 ID またはコードの詳細を説明するには他の記入欄をご利用ください。

銀行の詳細

銀行名:	
町および番地:	
市:	
州/郡:	
国:	
郵便番号:	
電話番号 (国番号および市外局番を含む):	

3 請求の詳細

提出する請求はどのようなサービスに対するものですか？ お客様のプランでご利用いただける保障については、関係書類を参照の上ご確認ください。

- 医療
 処方薬
 歯科 - フォーム GC-14423 を添付してください
(歯科処置には関連する歯の番号を特定してください)
 眼科

「はい」または「いいえ」でお答えください。

この請求は仕事関連の事故または状況に関する はい いいえ

この請求は事故による損傷に関する はい いいえ

仕事関連の事故もしくは状況、または事故による損傷に対する請求を提出する場合、詳細を記入してください。

事故発生日

時刻

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

時	時	分	分
---	---	---	---

- 午前
 午後

事故の発生状況と発生場所を説明してください。

ご注意

以下の記入欄に請求する各治療の概要を記入してください。2 件以上の請求を行う場合、3 ページにも記入して本請求用紙と共に送ってください。

- この請求の提出に含まれるものが以下の治療の概要のみの場合は、ここをチェックしてください。

治療の概要

治療日

請求額合計 (通貨を含む)

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

請求地 - 医療提供者の名称と住所

市: _____

州/郡: _____

国: _____

郵便番号: _____

サービスの詳細

治療の種類、医薬品/機器の名称など

診察を受けた理由

入院または外来

- 入院
 外来

入院の場合:

入院日

退院日

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

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

治療の概要

治療日

請求額合計 (通貨を含む)

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

請求地 - 医療提供者の名称と住所

市: _____

州/郡: _____

国: _____

郵便番号: _____

サービスの詳細

治療の種類、医薬品/機器の名称など

診察を受けた理由

入院または外来

- 入院
 外来

入院の場合:

入院日

退院日

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

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

4 他の医療保険

ご家族のどなたかが、他の医療保険/プラン、メディケア、または米国の連邦、州、国家または福祉などの政府が提供するプランの保障対象となっていますか？

- いいえ→6 (承認) へ進んでください。
 はい - この項の記入を続けてください。

保険会社の名称または保険の種類

ご家族の氏名

名：
 姓：

生年月日

性別

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

- 男性 女性

メンバーとの関係

自身 配偶者 子ども その他:

5 健康データの処理に対する同意

この請求用紙で提供された情報には、健康データなどの個人情報が含まれています。健康データの処理に同意するかどうかについて十分な情報に基づいた意思決定をしていただくため、以下に情報を一部提供いたします。

Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Aetna Life Insurance Company (以下「Aetna」または「当社」) は、健康データなど、この用紙で提供されるすべてのデータのデータ管理者です。この用紙に含まれるデータのプライバシーは、適用されるプライバシー関連法令、および当社独自のプライバシーポリシーに従って保護されます。

この請求用紙で提供された個人データおよび健康データは、ご請求の査定、処理、管理のために使用されます。

お客様の個人データと健康データは、これらの目的に必要な限り当社が保持するほか、当社は法規制上の義務を果たすために、請求の終了日から10年間請求情報を保持する場合があります。

お客様の請求を査定、処理、管理する目的上、お客様に関する情報が第三者に開示される場合があります。しかし、当社が引き続きお客様のデータの管理者であることには変わりなく、それら第三者にはお客様のデータを保護するよう義務付けます。お客様がこの請求用紙に提供する情報は、適用される保険証券の条件に従って、米国内で処理されます。

データのプライバシーに関する権利の詳細、およびAetnaのプライバシー慣行についての質問等の問い合わせ先に関する詳細については、<https://www.aetnainternational.com/en/about-us/legal-notice.html> から当社のプライバシーポリシーの全文をご覧ください。

お客様が同意を拒否されると、請求の処理を続行したり、お客様の請求に関して完全な情報に基づいた決定を下したりするのに必要な十分な情報が得られなくなる可能性があることにご注意ください。

6 承認

すべての電子振込みについて

私はここに、Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Aetna Life Insurance Company、およびその関連会社 (以下「Aetna」という) およびまたはその専任代理人が、私およびまたは私の扶養家族に支払われる給付金を、私の銀行または本用紙に記載される金融機関の口座に振り込むことによって支払うことに同意します。私は、本保険金請求用紙に記載される情報に変更があった場合、またはこの承認を撤回する場合には、書面にてAetnaに通知することに同意します。私は、何らかの理由により、過大な給付金が私の口座に振り込まれた場合には、そのような過払いの全額を直ちに払い戻すことに同意します。さらに私は、私がかかる過払いを直ちに払い戻さなかった場合には、回収にかかる全費用 (妥当な弁護士費用と法により認められる最大利子を含む) に対して個人的に責任を負うことに同意します。

医療、処方薬、歯科および眼科に対する承認

署名および日付が必要です。

私は、全ての医師、その他の医療専門家、薬局/薬剤師、病院、および医療機関が、患者に提供した医療、助言、医療用品 (精神疾患および/または AIDS・ARC・HIV に関するものを含む) に関する情報をAetna および Aetna を代行する、または Aetna が契約する独立した当事者に提供することを許可します。この情報は、保険請求の査定と処理を目的として使用されます。Aetna は、本保険金請求用紙に記載される雇用主に対し、ポリシーや契約の実績と運営を審査することを目的として、本請求の支払いに使用された給付金の算定を提供する場合があります。本承認は、請求が提出されたポリシーまたは契約の期間中有効です。私は、要請することにより本承認の複写を受領する権利を有することを承知し、本承認の複写は原本と同様に有効であることに同意します。

私は、さらに、セクション5「健康データの処理に対する同意」に記載されているとおり、私の請求を処理する目的でAetnaが私の医療データを処理することを許可します。

警告: 保険会社または他者を欺く目的で保険会社に虚偽の情報または誤解を招くような情報を提供することは犯罪です。刑罰には、禁固および/または罰金が含まれます。さらに、申請者から請求に関連して著しく虚偽の情報が提供された場合、保険会社は保険金の給付を拒否することができます。

お客様は、本請求用紙で電子署名の使用を選択することにより、上記の内容への確認と宣誓を行うことができます。このような電子署名には、実際の署名が行われた場合と同様に有効かつ法的拘束力があります。当社は、上記の情報があらゆる点において正確であり、虚偽的ではないことを確認する法的に拘束される証明と宣言として、このような電子署名に依存することができます。

患者または委任代理人の署名

署名日

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

Aetna 各社は、米国の制裁対象となる国で提供された医療サービスに対する支払いには、外国資産管理局 (OFAC) からの書面による許可がある場合のみお支払いいたします。詳細は、米国財務省のウェブサイト、www.treasury.gov/resource-center/sanctions からご覧いただけます。

保険引受会社: Aetna Life Insurance Company および/または Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.

虚偽の陳述/詐欺に関する声明

承知の上で且つ保険会社または他の者に損害を与える、詐取する、もしくは欺くことを承知で、もしくはそのような意図をもって、著しく虚偽の情報を含む保険申請書または請求書を提出する者、もしくは欺く目的でそれら文書にとり重要な事実に関する情報を隠匿する者は、犯罪である保険詐欺行為を犯したこととなり、民事上の刑罰の対象となります。

以下は、米国の詐欺行為に関する声明です。

アラバマ州居住者への注意事項: 損失もしくは給付に対する支払いのために虚偽もしくは詐欺の請求をそれと知りながら提出する者、または保険申請において虚偽の情報をそれと知りながら提供する者は、犯罪を犯したこととなり、損害賠償罰金、禁固刑またはそれらのあらゆる組み合わせの対象となる場合があります。**アーカンソー州、コロンビア特別区、ロードアイランド州、ウェストバージニア州居住者への注意事項:** 損失あるいは給付に対する支払いのために虚偽もしくは詐欺の請求をそれと知りながら提出する者、または保険申請において虚偽の情報をそれと知りながら提供する者は、犯罪を犯したこととなり、罰金および禁固刑の対象となる場合があります。

カリフォルニア州居住者への注意事項: カリフォルニア州法では、お客様を守るために以下の通知を本書に表示することを義務付けています。損失に対する支払いのために虚偽または詐欺の請求をそれと知りながら提出する者は、犯罪を犯したこととなり、罰金と州刑務所における禁固の対象となる場合があります。**コロラド州居住者への注意事項:** 保険会社から詐取する、または詐取しようとする目的で保険会社に虚偽、不完全、もしくは誤解を招くような事実または情報をそれと知りながら提供することは、不法行為です。刑罰には、禁固、罰金、保険の拒否、民事上の損害賠償が含まれます。保険から支払われるべき精算金または賠償金について保険ポリシー所有者もしくは保険金請求者を欺く、もしくは欺こうとする目的で、保険ポリシー所有者もしくは保険金請求者に対して虚偽、不完全、または誤解を招くような事実または情報を承知の上で提供する保険会社もしくは保険会社の代理業者は、コロラド州規制当局の部署内の保険部に報告されるものとします。**フロリダ州居住者への注意事項:** 保険会社に損害を与える、保険会社から詐取する、または保険会社を欺く目的で、虚偽、不完全もしくは誤解を招くような情報を含む請求書または申請をそれと知りながら提出する者は、第3級の重罪で有罪となります。**バージニア州居住者への注意事項:** 保険会社または他者に損害を与える、それらから詐取する、またはそれらを欺くことを承知でまたはそれを目的として、保険申請書を提出する者、著しい虚偽情報を含む請求用紙もしくは欺くことを目的としてそれら文書にとり重要な事実に関する情報を隠匿した請求書を提出する者は法に違反します。**ケンタッキー州居住者への注意事項:** 保険会社または他の者から詐取することを承知で、もしくはそのような意図をもって、著しく虚偽の情報を含む保険申請書または請求書を提出する者、もしくは欺く目的でそれら文書にとり重要な事実に関する情報を隠匿する者は、犯罪である保険詐欺行為を犯したこととなります。**ルイジアナ州居住者への注意事項:** 損失あるいは給付に対する支払いのために虚偽もしくは詐欺の請求をそれと知りながら提出する者、または保険申請において虚偽の情報をそれと知りながら提供する者は、犯罪を犯したこととなり、罰金および禁固刑の対象となる場合があります。**メイン州およびテネシー州居住者への注意事項:** 保険会社から詐取することを目的として保険会社に虚偽、不完全、もしくは誤解を招くような事実または情報をそれと知りながら提供することは、犯罪です。刑罰には、禁固刑、罰金、保険の拒否が含まれます。**メリーランド州居住者への注意事項:** 損失もしくは給付に対する支払いのために虚偽もしくは詐欺の請求をそれと知りながら、またはそのような意図を持って提出する者、または保険申請において虚偽の情報をそれと知りながら、またはそのような意図を持って提供する者は、犯罪を犯したこととなり、罰金および禁固刑の対象となる場合があります。**ミズーリ州居住者への注意事項:** 保険会社から詐取することを目的として保険会社に虚偽、不完全、もしくは誤解を招くような事実または情報をそれと知りながら提供することは、犯罪です。刑罰には、裁判所の決定に従い、禁固刑、罰金、保険の拒否、民事賠償等が含まれます。それと知りながら、およびその意思を持って保険会社に損害を与える、保険会社から詐取する、または保険会社を欺く者は、裁判所の決定に従い、詐欺行為の有罪となる場合があります。**ニュージャージー州居住者への注意事項:** 保険ポリシーへの申請に虚偽もしくは誤解を招くような情報を含む者、またはそれと知りながら、虚偽もしくは誤解を招くような情報を含む請求を提出する者は、刑事および民事上の犯罪の対象となります。**ノースカロライナ州居住者への注意事項:** 保険会社または他の者に損害を与える、それらから詐取する、またはそれらを欺くと承知の上で、またはそのような意図を持って、著しく虚偽の情報を含む保険申請書または請求書を提出する者、または、犯罪行為になりうる、欺く目的でそれら文書にとり重要な事実に関する情報を隠匿する者は、刑事および民事上の刑罰の対象となる保険詐欺行為を犯したこととなります。**オハイオ州居住者への注意事項:** 保険会社から詐取する目的で、または保険会社に対する詐欺を行っていることを承知しながら虚偽もしくは欺まんの記述を含む申請または請求を提出する者は、保険詐欺の有罪となります。**オクラホマ州居住者への注意事項:** 警告: 保険会社に損害を与える、保険会社から詐取する、または保険会社を欺くと承知の上で、またはそのような意図を持って、保険ポリシーから利益を得るために虚偽、不完全、あるいは誤解を招くような情報を含む請求を提出する者は、重罪の有罪となります。**オレゴン州居住者への注意事項:** 保険会社または他の者に損害を与える、それらから詐取する、またはそれらを欺くことを目的として、著しく虚偽の情報を含む保険加入申請書または請求書を提出する、もしくは欺く目的でそれら文書にとり重要な事実に関する情報を隠匿する者は、州法への違反行為を犯したこととなります。**ペンシルバニア州居住者への注意事項:** 保険会社または他の者を欺くことを承知の上でそれを意図して、犯罪行為である、著しく虚偽の情報を含む保険申請書または請求書を提出する者、もしくは欺く目的でそれら文書にとり重要な事実に関する情報を隠匿する者は、刑事および民事上の刑罰の対象となる保険詐欺行為を犯したこととなります。**プエルトリコ居住者への注意事項:** 承知の上で且つ詐欺をする目的をもって、保険申請書に虚偽の情報を含む者、損失その他の給付への支払いを得るために詐欺の請求申請を行う、援助する、もしくは扇動する者、または同一の損失もしくは損害に対して複数の請求を申請する者は、重罪を犯すことになり、有罪判決を受けた場合、1回の違反につき5,000ドル以上10,000ドル以下の罰金、または3年間の定期禁固刑、またはその両方による懲罰を受けることとなります。さらに深刻な状況が存在する場合、定期禁固刑は最高5年間に増長され、軽度の状況が存在する場合は、禁固刑は最低2年間に軽減される可能性があります。**テキサス州居住者への注意事項:** 保険会社または他の者に損害を与える、それらから詐取する、またはそれらを欺くことを承知の上でおよびその意図を持って、犯罪となり得る、重要事実の意図的な虚偽を含む保険申請書または請求書を提出する者、または欺く目的でそれら文書にとり重要な事実に関する情報を隠匿する者は、刑事および民事上の刑罰の対象となる可能性がある保険詐欺行為を犯したことになる場合があります。**バーモント州居住者への注意事項:** 保険会社または他の者に損害を与える、それらから詐取する、またはそれらを欺くことを承知の上でおよびその意図を持って、犯罪となり得る、著しく虚偽の情報を含む保険申請書または請求書を提出する者、または欺く目的でそれら文書にとり重要な事実に関する情報を隠匿する者は、刑事および民事上の刑罰の対象となる可能性がある保険詐欺行為を犯したこととなります。**バージニア州居住者への注意事項:** 保険会社または他の者に損害を与える、それらから詐取する、またはそれらを欺くことを承知の上でおよびその意図を持って、犯罪行為である、著しく虚偽の情報を含む保険申請書または請求書を提出する、または欺く目的でそれら文書にとり重要な事実に関する情報を隠匿する者は、かかる人物が刑事および民事上の刑罰の対象となる詐欺行為を犯したこととなります。**ワシントン州居住者への注意事項:** 保険会社から詐取する目的で保険会社に虚偽、不完全、または誤解を招くような情報をそれと知りながら提供することは犯罪です。刑罰には、禁固、罰金、および保険給付の拒否が含まれます。**ニューヨーク州居住者への注意事項:** 保険会社または他者に対して不正となることを承知で、もしくは不正行為を行う意図をもって、著しく虚偽の情報を含む保険申請書または請求書を提出する者、または欺く目的でそれら文書にとり重要な事実に関する情報を隠匿する者は、犯罪を犯したこととなり、各違反につき5,000ドル以下且つ申し立てられた請求の価値を超えない民事上の懲罰の対象となります。

署名 _____

日付 _____

米連邦医療費負担適正化法（ACA）へのプランの準拠について

Aetnaは、適用される連邦公民権法を順守し、人種、肌の色、出身国、性別、年齢、または障害の有無により人々を差別、排除、または異なる取り扱いをすることはありません。

Aetnaは、障害のある方および言語支援を必要とする方に、無料の援助とサービスを提供しております。

有資格の通訳者、他の形式の書面による情報、翻訳、またはその他のサービスを必要とする場合、IDカードに記載される番号までお電話ください。

当社がこのようなサービスの提供を怠った、または上記の保護対象の内容に基づいて差別をおこなったと思われる場合、以下の公民権コーディネーターにご連絡いただくことにより苦情を申し立てることもできます。

Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512（カリフォルニア州のHMO加入者のお客様：PO Box 24030 Fresno, CA 93779）、1-800-648-7817、TTY専用番号：711
ファクス：859-425-3379（カリフォルニア州のHMO加入者のお客様：860-262-7705）、
CRCoordinator@aetna.com

また、公民権に関する苦情の申請は、米国保健社会福祉省の公民権事務所の苦情用ポータル、<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>から行うことができます。または、U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201まで郵送していただくか、1-800-368-1019もしくは800-537-7697（TDD専用）にご連絡いただくこともできます。

Aetnaは、Aetna Life Insurance Company、Coventry Health Careのプラン、およびその関連会社（Aetna）を含むAetnaグループの子会社により提供される製品とサービスに使用されるブランド名です。

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.