

궁금한 사항이 있다면?

귀하께 궁금한 사항이 있을 수 있다는 것을 알고 있으며 언제든지 도와드리겠습니다. Aetna ID 카드 뒷면에 기재된 전화번호로 언제든지 전화하실 수 있습니다.

그 밖에도 보안 이메일을 보내실 수 있는데 접속하실 사이트

www.aetnainternational.com에서 '문의하기(Contact us)'를 누르시면 됩니다.



청구 제출을 간편하게

이 양식은 의료, 치과, 안과 또는 제약 서비스에 대한 청구를 제출하는 데 사용할 수 있습니다.

한 명 이상에 대한 청구를 제출하는 경우 각 가구원에 대해 별도의 양식이 필요합니다.

이 양식을 작성하는 방법

- 검정색 잉크를 사용하여 전체 양식을 작성합니다
- 해당될 경우 답을 다음과 같이 'X'자로 표시하십시오:
- 납부 세부정보가 정확한지 다시 한 번 확인하십시오
- 승인서에 서명하고 날짜를 기입하십시오
- 청구 양식과 함께 제출하는 각 문서에 회원 식별 번호를 기재하십시오
- 기록을 위해 작성된 양식의 사본은 안전한 곳에 보관하십시오

청구 제출

청구 양식을 작성했다면 항목별 청구서 및 영수증과 함께 제출해야 합니다. 영수증 크기가 작은 경우 전체 크기의 종이에 테이프로 붙여야 합니다. 그런 다음 원하는 방식으로 문서를 제출합니다. 해당 청구는 처리하는 데 10일에서 14일 이내에 회신을 드릴 것입니다.

* 업로드*

웹사이트 www.aetnainternational.com에 로그인으로 접속해 '청구 센터(Claims Center)' 클릭

* 팩스

미국 외 국가: +1 800 475 8751(AT&T + 접속 코드 사용)

미국 내:+1 859 425 3363

* 이메일*

첨부 파일 접수처 aiservice@aetna.com

* 우편발송

Aetna International/Aetna. PO Box 981543, El Paso, TX 79998-1543, USA

청구 상태 또는 서비스에 대해서는 다음 연락처로 문의:

미국 외 국가: +1 800 231 7729(AT&T + 접속 코드 사용)

미국 외 지역에서 콜렉트콜 또는 직접 연락:+1 813 775 0190

* 첨부파일 크기는 10MB로 제한됨

GR-68069 (9-16) E

일부 서비스는 추가 정보가 요구될 수 있습니다

일부 서비스의 경우 추가 문서를

제출해야 합니다. 청구가 아래 범주 중 하나에 해당될 경우, 열거된 추가 항목을 제공해야 합니다.

보철 서비스(예: 크라운, 브릿지 또는 의치):

- 엑스레이(또는 엑스레이를 사용할 수 없는 경우 치과 의사의 소견서)
- 빠진 치아와 발치 날짜를 보여주는 치과 차트
- 해당될 경우, 교체 근거가 있는 이전 보철물 식립 날짜

치주 서비스:

- 엑스레이
- 현재 일자 수술 전 치주 차트

교정 서비스:

- 기구 식립 날짜
- 치료 개월 수
- 남은 치료 개월 수

우발적 상해에 관한 서비스

- 치료 전 엑스레이
- 사고 내역

특정 연령 이상의 피부양자에 대한 보장 조건으로 학교 출석을 요구하는 계획이 있는 경우 다음을 제공해야 할 수 있습니다:

- 성적표, 등록금 내역서 또는 기타 출석 증명서

[Empty input box for member name]

1 개인 세부정보

가입자 정보

이름(Aetna ID 카드에 표시된 대로 - 성명 포함)

이름: _____
성: _____

Aetna ID 번호(Aetna ID 카드에 표시됨)

[Aetna ID Number input box]

생년월일 성별

MM DD YY YY 남 녀

연락처 세부정보

전화번호(지역 및/또는 국가 코드 포함): _____

이메일 주소: _____

주소

도로 주소: _____
시: _____
주/도: _____
국가: _____
우편번호: _____

고용주 정보

성명 _____

그룹 번호 _____

환자 정보

성명 _____

이름: _____

성: _____

생년월일 _____ 성별 _____

MM DD YY YY 남 녀

가입자와의 관계

본인 배우자 자녀 기타: _____

2 환급 세부정보

환급금을 어디로 받으시겠습니까?

회원(가입자) 접수 제공자 접수

환급을 위해 어떤 납부 정보를 사용해야 합니까?

현재 파일에 있는 반복 상환 선택(RRE) 정보 사용
아래 납부 세부정보 섹션에 제공된 정보를 사용하여 RRE를
 설정하거나 현재 RRE를 업데이트
 이 양식과 관련된 비용에 대해서만 아래 납부 세부정보 섹션에 제공된
정보 사용

환급을 어떻게 처리해야 합니까?

Aetna에서 아래 제공된 은행 계좌로 은행 자금 이체. 가장 쉬운 환불
방법입니다.
 수표

환급을 받고자 하는 통화(예: GBP)는 무엇입니까? *앞서 선택한 환급
방법에 대해 선택한 통화를 사용할 수 없는 경우 은행 세부정보가 있으면
미화(\$) 전신환으로 받거나 또는 은행 세부정보가 없는 경우 납부를 받는
당사자를 수취인으로 하는 미화(\$) 수표로 기본 설정됩니다.*

국가: _____
통화: _____

미국 외 국가 제공자에 대한 환급

합리적으로 행동하여 중앙 은행이나 관련 정부 또는 정부 기관이 어떤
이유로든 관련 통화와 관련하여 인위적인 환율(자유 시장 환율과 일치하지
않는 환율을 포함하되 이에 국한되지 않음)을 부과한다고 결정하는 경우
당사는 당사의 단독 재량에 따라 당사가 합리적으로 결정할 수 있는 방식으로
해당 국가에서의 치료에 대한 본 계약에 따른 귀하의 유효한 청구에 대해
귀하에게 상환할 수 있습니다. 그러한 결정을 내릴 때 당사는 보험 계약의 기본
근거에 따라 당사는 귀하의 손실에 대해 보상하지만(귀하의 보험 약관에 따라)
귀하에게 다른 통화로 지불하기 위해 그러한 인위적 환율을 적용한 경우와
같이 부당하게 귀하를 대우하지 않습니다.

미국 외 국가 Aetna 네트워크 소속 제공자

환급 방식은 (i) 해당 현지 통화(Aetna의 단독 재량에 따라 실행 가능한 경우)
또는 (ii) 해당 현지 통화로 된 은행 계좌가 없는 경우, 해당 네트워크 제공자에
대한 당사의 의무에 따라 보험료가 지불된 통화로 당사 네트워크 제공자에게
지불했을 금액과 동일한 금액으로 보험 보험료가 지불된 통화로(당사가
합리적으로 결정할 수 있음) 지급이 이뤄지는데, 각각의 경우 위에서 언급한
탕감 원칙에 따릅니다.

미국 외 네트워크 외부 제공자

환급 방식은 (i) 위에서 언급한 탕감 원칙에 따라 해당 현지
통화(Aetna의 단독 재량에 따라 실행 가능한 경우) 또는 (ii) 해당
통화로 은행 계좌가 없는 경우 현지 통화, 정책 보험료가 적용
가능한 합리적이고 관례적인 요금과 동일한 금액으로 지불된
통화로 지급이 이뤄질 수 있습니다.

지급 세부정보

은행 송금으로 혜택을 받기로 선택한 경우 아래 세부정보를 작성하십시오.
당사는 귀하에게 무료로 귀하의 은행으로 자금을 이체해 드리겠지만,
귀하의 은행이 귀하에게 자금 이체를 수령하는 데 추가 수수료를 부과할 수
있는지 확인하기 위해 귀하의 은행에 확인하는 것이 좋습니다.

은행 계좌 예금주 이름(은행 명세서에 표시됨)

은행 계좌 번호

은행 식별 코드/라우팅 번호 또는 대체 ID/코드

S.W.I.F.T./BIC 코드(전신환만) CHIPS UID 연방 ABA

은행 분류 ID IBAN* 기타**

(* IBAN 요구 사항을 확인하려면 은행에 확인하십시오. 특정
국가에서는 필수 사항이며 아랍 에미리트 연합(UAE)에서와 같이 은행
자금 이체 청구 지불 거래에 제공되어야 합니다.

** 신고된 대체 IO 또는 은행 코드/지점, RUT#, /FSC 코드, KBA#와 같은
코드를 설명하려면 기타 항목 필드를 사용하십시오.

은행 세부정보

은행 이름: _____

도로 주소: _____

시: _____

주/도: _____

국가: _____

3 청구 세부정보

어떤 유형의 서비스를 청구하시겠습니까? 귀하의 플랜을 통해 이용 가능한 보장을 확인하려면 귀하의 플랜 문서를 참조하십시오.

- 의료 제약 치과 - 양식 GC-14423 첨부 안과
- (모든 치과 시술에 관련된 치아 번호를 확인하십시오)

"예" "아니오"로 응답

해당 청구건이 업무 관련 사고 또는 상태와 관련됨 예 아니오

해당 청구건이 우발적 부상과 관련됨 예 아니오

업무 관련 사고 또는 우발적 부상에 대한 청구를 제출하는 경우 세부정보를 기재하십시오.

사고 날짜

M M D D Y Y Y Y

시간

H H M M

- 오전 오후

사고는 어디서 어떻게 발생했습니까?

참고:

아래 공간을 사용해 청구를 제출하는 각 치료 건들을 요약해 기재하십시오. 두 번 이상 청구서를 제출해야 하는 경우에도 3페이지를 작성하여 이 양식과 함께 보내주십시오.

- 이 청구 제출에 대해 아래의 치료 요약만 포함된 경우 여기를 선택하십시오.

치료 요약

치료 날짜

M M D D Y Y Y Y

청구 총액(통화 포함)

청구지 - 제공자의 이름 및 주소

시 _____

주/도 _____

국가 _____

우편번호: _____

서비스 내용

예: 치료 유형, 투약장비 이름

내원 목적

환자 유형

- 입원환자 외래환자

입원환자...

입원 날짜

M M D D Y Y Y Y

퇴원 날짜

M M D D Y Y Y Y

치료 요약

치료 날짜

M M D D Y Y Y Y

청구 총액(통화 포함)

청구지 - 제공자의 이름 및 주소

시 _____

주/도 _____

국가 _____

우편번호: _____

서비스 내용

예: 치료 유형, 투약장비 이름

내원 목적

환자 유형

- 입원환자 외래환자

입원환자...

입원 날짜

M M D D Y Y Y Y

퇴원 날짜

M M D D Y Y Y Y

[Empty input box for patient name]

참고:

아래 공란을 사용해 청구를 제출하는 각 치료 건들을 요약해 기재하십시오. 둘 이상의 추가 건(아래)에 대한 청구를 제출해야 할 경우 더 진행하기 전에 이 페이지를 복사하고 이 양식과 함께 추가 용지를 반환하십시오.

5페이지부터 시작해 추가 사본의 페이지 번호를 다시 매기십시오.

치료 요약

치료 날짜

청구 총액(통화 포함)

MMDDYYYY

[Empty box for total amount]

청구지 - 제공자의 이름 및 주소

[Form for provider address with fields for city, state, country, and zip code]

서비스 내용

예: 치료 유형, 투약장비 이름

[Form for service description]

내원 목적

[Form for reason for visit]

환자 유형

입원환자 외래환자

입원환자...

입원 날짜 퇴원 날짜

MMDDYYYYYY

MMDDYYYYYY

치료 요약

치료 날짜

청구 총액(통화 포함)

MMDDYYYY

[Empty box for total amount]

청구지 - 제공자의 이름 및 주소

[Form for provider address with fields for city, state, country, and zip code]

서비스 내용

예: 치료 유형, 투약장비 이름

[Form for service description]

내원 목적

[Form for reason for visit]

환자 유형

입원환자 외래환자

입원환자...

입원 날짜 퇴원 날짜

MMDDYYYYYY

MMDDYYYYYY

[Empty box for name/initials/surname]

4 기타 기존 건강 보장

가족 중 다른 건강 보험이나 제도, Medicare 또는 미국 연방, 미국 주, 국가 또는 사회 정부 보험의 혜택을 받는 사람이 있습니까?

- 아니오 → 8번(인증)으로 이동
- 예 → 이 섹션을 계속 진행하십시오

보험사 이름 또는 보험 유형

[Text box for insurance name/type]

가족 이름

이름: _____

성: _____

생년월일 성별

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

 남 녀

가입자와의 관계

본인 배우자 자녀 기타: _____

5 승인

모든 전자 입금에 대해

본인은 이로써 Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Aetna Life Insurance Company 및 그 계열사("Aetna") 및/또는 전담 대리인이 이 양식에 명시된 은행 또는 금융 기관의 본인 계좌에 그러한 지불금을 입금함으로써 본인 및/또는 부양 가족에게 지불할 수 있는 모든 혜택을 지급할 수 있도록 승인합니다. 본인은 이 양식에 제공된 정보 또는 이 승인 철회와 관련된 모든 변경 사항을 서면으로 Aetna에 통지하는 데 동의합니다. 본인은 어떤 이유로든 불로 급여 지급액이 본인의 계좌에 입금될 경우, 해당 지급액 전액을 즉시 상환한다는 데 동의합니다. 또한 본인은 그러한 지불금을 즉시 상환하지 않을 경우 모든 징수 비용(합리적인 변호사 비용 및 법이 허용하는 최대 이자를 포함하여)에 대해 개인적으로 책임을 진다는 데 동의합니다.

의료, 제약, 치과 및 안과 승인

서명 후 날짜 기입 필수

본인은 모든 의사, 기타 의료 전문가, 약국/약사, 병원 및 의료 기관이 Aetna 및 Aetna를 대신하거나 Aetna와 계약을 맺은 모든 독립 당사자에게 제공되는 건강 관리, 조언, 치료 또는 용품에 관한 정보(정신 질환 및/또는 AIDS/ARC/HIV 관련 포함)를 제공할 권한을 부여합니다. 이 정보는 청구를 평가하고 관리하는 목적으로 사용됩니다. Aetna는 정책/계약의 경험과 운영을 검토할 목적으로 이 청구의 지불에 사용된 혜택 계산을 이 양식에 이름이 지정된 고용주에게 제공할 수 있습니다. 이 승인은 청구가 제출된 정책 또는 계약 기간 동안 유효합니다. 본인은 요청 시 이 승인서 사본을 받을 권리가 있으며 이 승인서 사본이 원본만큼 유효하다는 데 동의합니다.

경고: 보험사 또는 다른 사람을 속일 목적으로 보험사에 거짓 정보 또는 오해의 소지가 있는 정보를 제공하는 것은 범죄입니다. 처벌에는 구금 및/또는 벌금이 포함됩니다. 또한, 신청자가 청구와 관련하여 허위 정보를 제공한 경우 보험사는 보험 혜택을 거부할 수 있습니다.

앞서 제공된 세부정보에 대한 확인 및 선언을 확인하는 이 청구 양식에 전자 서명 형식을 사용하도록 선택할 수 있습니다. 의심의 여지를 없애기 위해 그러한 전자 서명은 원래 서명을 제공한 것처럼 유효하고 구속력이 있습니다. 당사는 앞서 언급된 정보가 정확하고 모든 면에서 오해의 소지가 없음을 확인하는 구속력 있는 확인 및 선언과 같은 전자 서명에 의존할 수 있습니다.

환자 또는 대리인의 서명

[Large empty box for signature]

서명 날짜

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Aetna 사는 해외자산통제국(OFAC)의 서면 허가에 따라 허용되지 않는 한 미국의 제재를 받는 국가에서 제공되는 의료 서비스 비용을 지불할 수 없습니다. 미국 재무부 웹사이트에서 자세히 알아보십시오. www.treasury.gov/resource-center/sanctions

보장은 Aetna Life Insurance Company 및/또는 Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.가 인수하였음

허위/사기 진술

고의로 보험사 또는 다른 사람에게 해를 입히거나 사기 또는 기만하려는 의도를 가지고 중대한 허위 정보가 포함된 보험 신청서 또는 청구서를 제출하거나 오도할 목적으로 중요한 사실에 관한 정보를 은폐할 경우 범죄에 해당하는 사기 보험법을 위반하는 것이고 그러한 당사자는 형사 및 민사 처벌을 받습니다.

미국 내 사기 진술:

앨라배마 주 거주자: 고의로 손실 또는 혜택 지급에 대한 허위 또는 사기 청구를 제시하거나 보험 신청서에 고의로 허위 정보를 제공했을 경우 범죄에 해당하며 배상 벌금형, 구금형 또는 이들을 결합한 처벌을 받을 수 있습니다. **아칸소, 컬럼비아 특별구, 로드아일랜드 및**

웨스트버지니아 주 거주자: 고의로 손실 또는 혜택 지급에 대한 허위 또는 사기 청구를 제시하거나 보험 신청서에 고의로 허위 정보를 제공했을 경우 범죄에 해당하며 벌금형 및 구금형에 처해질 수 있습니다.

캘리포니아 주 거주자: 귀하를 보호하기 위해 캘리포니아 주법에 따라 이 양식에 다음 사항을 표시해야 합니다. 손실 지급에 대해 고의로 허위 또는 사기 청구를 제공했을 경우 범죄에 해당하며 벌금형을 받고 주 교도소에 수감될 수 있습니다. **콜로라도 주 거주자:** 회사를 사취하거나 사취를 시도할 목적으로 고의로 보험사에 거짓, 불완전 또는 오해의 소지가 있는 사실 또는 정보를 제공하는 행동은 불법입니다.

처벌에는 구금, 벌금, 보험 거부 및 민사 손해 배상이 포함될 수 있습니다. 보험금에서 지불해야 하는 합의 또는 보상과 관련하여 보험 계약자 또는 청구인에게 제공하는 보험회사 또는 보험사는 규제 기관 부서 산하 콜로라도 주 보험 부서에 신고해야 합니다. **플로리다 주 거주자:** 고의로

보험사에 해를 끼치거나, 사기를 치거나, 기만하려는 의도를 가지고 허위이거나 불완전하거나 오해의 소지가 있는 정보가 포함된 청구서 또는 신청서를 제출할 경우 3급 중범죄에 해당합니다. **캔자스 주 거주자:** 고의로 보험사나 다른 사람에게 해를 입히거나 사기 또는 기만하려는 의도를 가지고 중대한 허위 정보가 포함된 보험 가입 양식 또는 청구서를 제출하거나 오해를 일으킬 목적으로 중요한 사실에

관한 정보를 은폐할 경우 주법을 위반했을 수 있습니다. **켄터키 주 거주자:** 고의로 보험사나 다른 사람을 사기치려는 의도를 가지고 중대한 허위 정보가 포함된 청구서를 제출하거나 오해를 일으킬 목적으로 중요한 사실 관련 정보를 은폐할 경우 범죄에 해당하는 사기 보험법을 위반하는 것입니다. **루이지애나 주 거주자:** 고의로 손실 또는 혜택 지급에 대한 허위 또는 사기 청구를 제시하거나 신청서에 고의로 허위

정보를 제공했을 경우 범죄에 해당하며 벌금형 및 구금형에 처해질 수 있습니다. **메인 및 테네시 주 거주자:** 회사를 사취할 목적으로 고의로 보험사에 거짓, 불완전 또는 오해의 소지가 있는 정보를 제공하는 것은 범죄입니다.

처벌에는 구금, 벌금 또는 보험 급여 거절이 포함될 수 있습니다. **메릴랜드 주 거주자:** 고의로 또는 의도적으로 손실 또는 혜택 지급에 대한 허위 또는 사기 청구를 제시하거나 보험 신청서에 고의로 또는 의도적으로 허위 정보를 제공했을 경우 범죄에 해당하며 벌금형 및 구금형에 처해질 수 있습니다. **미주리 주 거주자:** 회사를 사취할 목적으로 고의로 보험사에 거짓, 불완전 또는 오해의 소지가 있는 정보를 제공하는 것은

범죄입니다. 처벌에는 법원에서 판정한 구금, 벌금, 보험 거부 및 민사 손해 배상이 포함됩니다. 고의로 그리고 의도적으로 보험사에 해를 끼치거나, 사기를 치거나, 기만하려는 의도를 가지고 있는 경우 법원에서 결정한 대로 사기죄에 처해질 수 있습니다.

뉴저지 주 거주자: 보험 증권 신청서에 허위 또는 오해의 소지가 있는 정보를 포함하거나 허위 또는 오해의 소지가 있는 정보가 포함된 청구서를 고의로 제출할 경우 형사 및 민사 처벌을 받을 수 있습니다. **뉴욕 주 거주자:** 고의로 보험사 또는 다른 사람을 속일 의도를 가지고 중대한 허위 정보가 포함된 보험 신청서 또는 청구서를 제출하거나 오도할 목적으로 중요한 사실에 관한 정보를 은폐할 경우 범죄에

해당되는 사기 보험법을 위반하는 것으로, 오천 달러를 초과하지 않는 민사 처벌과 각 위반 건에 대한 벌금형을 받게 됩니다. **노스캐롤라이나 주 거주자:** 고의로 보험사 또는 다른 사람에게 해를 입히거나 사기 또는 기만하려는 의도를 가지고 중대한 허위 정보가 포함된 보험 신청서 또는 청구서를 제출하거나 오도할 목적으로 중요한 사실에 관한 정보를 은폐할 경우 범죄에 해당하는 사기 보험법을 위반하는 것이고 그러한 당사자는 형사 및 민사 처벌을 받을 수 있습니다.

오하이오 주 거주자: 사기를 칠 의도가 있거나 보험사를 상대로 사기를 조장하고 있음을 알면서 허위 또는 기만적인 진술이 포함된 신청서를 제출하거나 청구를 제기할 경우 보험 사기에 해당합니다. **오클라호마 주 거주자:** 경고: 고의로 보험사에 해를 끼치거나 속이거나 기만하려는 의도를 가지고 허위, 불완전 또는 오해의 소지가 있는 정보가 포함된 보험 증권의 수익금을 청구할 경우 중범죄에 처해집니다.

오레곤 주 거주자: 보험사나 다른 사람에게 해를 입히거나 사기 또는 기만하려는 의도를 가지고 중대한 허위 정보가 포함된 보험 가입 양식 또는 청구서를 제출하거나 오해를 일으킬 목적으로 중요한 사실에 관한 정보를 은폐할 경우 주법을 위반했을 수 있습니다. **펜실베이니아 주**

거주자: 고의로 보험사 또는 다른 사람에게 사기치려는 의도를 가지고 중대한 허위 정보가 포함된 보험 신청서 또는 청구서를 제출하거나 오도할 목적으로 중요한 사실에 관한 정보를 은폐할 경우 범죄에 해당하는 사기 보험법을 위반하는 것이고 그러한 당사자는 형사 및 민사 처벌을 받습니다. **푸에르토리코 주 거주자:** 고의로 사기를 칠 의도를 가지고 보험 신청서에 허위 정보를 포함하거나, 손실 또는 기타 혜택의 지급을 받기 위해 사기성 청구를 제출, 지원 또는 방조하거나 동일한 청구를 두 번 이상 제기하는 사람 손실 또는 손상, 중죄를 범하고

유죄가 판명될 경우 각 위반 건에 대해 오천 달러(\$5,000) 이상 만 달러(\$10,000) 이하의 벌금형 또는 삼(3) 년의 유기징역형 또는 두 가지 처벌을 모두 받을 수 있습니다. 가장 상황이 있는 경우 유기징역 기간은 최대 오(5) 년까지 연장될 수 있습니다.. 가장 상황이 있는 경우 고정 징역 기간은 최대 오(5) 년까지 연장될 수 있습니다. 감경 사유가 있는 경우 징역형은 최소 이(2) 년으로 감경될 수 있습니다.

텍사스 주 거주자: 고의로 보험사나 다른 사람에게 해를 입히거나 속이거나 기만하려는 의도를 가지고 중요한 사실에 대한 고의적 허위 진술이 포함된 보험 신청서 또는 청구서를 제출하거나 오해를 일으킬 목적으로 중요한 사실에 관한 정보를 은폐할 경우 범죄가 될 수 있는 사기 보험법을 위반할 수 있는 것으로 그러한 경우 형사 및 민사 처벌을 받을 수 있습니다. **버몬트 주 거주자:** 고의로 보험사 또는 다른

사람에게 해를 입히거나 사기 또는 기만하려는 의도를 가지고 중대한 허위 정보가 포함된 보험 신청서 또는 청구서를 제출하거나 오도할 목적으로 중요한 사실에 관한 정보를 은폐할 경우 범죄에 해당하는 사기 보험법을 위반하는 것이고 그러한 당사자는 형사 및 민사 처벌을 받을 수 있습니다. **버지니아 주 거주자:** 고의로 보험사 또는 다른 사람에게 해를 입히거나 사기 또는 기만하려는 의도를 가지고 중대한 허위

정보가 포함된 보험 신청서 또는 청구서를 제출하거나 오도할 목적으로 중요한 사실에 관한 정보를 은폐할 경우 범죄에 해당하는 사기법을 위반하는 것이고 그러한 당사자는 형사 및 민사 처벌을 받습니다. **워싱턴 주 거주자:** 회사를 사취할 목적으로 고의로 보험사에 거짓, 불완전 또는 오해의 소지가 있는 정보를 제공하는 것은 범죄입니다. 처벌에는 구금, 벌금 또는 보험 급여 거절이 포함됩니다.

미국 연방 저렴한 의료법(ACA) 법률을 준수하는 플랜의 경우

Aetna는 관련 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색 성별, 연령 또는 장애에 따라 사람들을 차별, 배제 또는 다르게 대우하지 않습니다.

Aetna는 장애인과 언어 지원이 필요한 사람들에게 무료 지원/서비스를 제공합니다.

당사가 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 앞서 언급한 보호 계층을 기반으로 차별했다고 생각하는 경우 다음 연락처로 민권 조정관에게 불만을 제기할 수도 있습니다.

Civil Rights Coordinator,
P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (CA HMO customers: PO Box 24030 Fresno, CA 93779),
1-800-648-787, TTY:711,
팩스: 859-425-3379(CA HMO 고객: 860-262-7705), CRCordinator@aetna.com

민권 소송을 제기할 수 있는 미국 보건복지부(U.S. Department of Health and Human Services) 연락처는 다음과 같습니다.

Office for Civil Right Complaint 포털 <https://ocrportal.hss.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, 우편주소 U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SE., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201 또는 전화 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Aetna는 Aetna Life Insurance Company, Coventry Health Care plan 및 그 계열사(Aetna)를 포함하는 Aetna 그룹 자회사 중 하나 이상이 제공하는 상품 및 서비스에 대해 사용되는 브랜드명입니다.

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 nakalistang 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)