

Des questions ?

Nous savons que vous pourriez avoir des questions, nous nous tenons donc à votre disposition si vous avez besoin d'aide. Vous pouvez nous appeler en tout temps au numéro de téléphone indiqué à l'arrière de votre carte d'identification Aetna.

Vous pouvez aussi nous faire parvenir un courriel sécurisé en vous connectant à www.aetnainternational.com puis en cliquant sur « Nous joindre ».



La soumission de réclamation rendue facile

Ce formulaire peut servir à soumettre une réclamation pour des soins médicaux, dentaires, oculaires ou pharmaceutiques.

Si vous voulez faire une réclamation pour plus d'une personne, il faut remplir un formulaire pour chaque membre de la famille.

Comment remplir ce formulaire

- Remplir l'intégralité du formulaire avec de l'encre noire
- Indiquer votre réponse avec un « X » lorsqu'applicable, comme ceci :
- Vérifier à deux reprises pour vérifier que les coordonnées de paiement sont exactes
- Signer et dater l'autorisation
- Écrire votre numéro d'identification sur chaque document soumis avec votre formulaire de réclamation
- Conserver une copie du formulaire rempli pour vos dossiers

Soumettre la réclamation

Une fois que vous avez rempli le formulaire de réclamation, vous devez le soumettre accompagné de vos factures et de vos reçus détaillés. Si vos reçus sont de petite taille, il est préférable de les fixer avec du papier collant sur une nouvelle feuille de papier. Soumettre ensuite les documents de la manière qui vous convient le mieux. Nous traiterons votre réclamation et vous ferons parvenir une réponse dans les 10 à 14 jours civils.

- **Téléchargez-la en amont***
Connectez-vous à www.aetnainternational.com puis cliquez sur « Centre des réclamations »
- **Télécopiez-la**
Hors des États-Unis : +1 800 475 8751 (par AT&T + code d'accès)
Aux États-Unis : +1 859 425 3363
- **Envoyez-la par courriel***
Envoyez vos pièces jointes à aissance@aetna.com
- **Envoyez-la par la poste**
Aetna International/Aetna. PO Box 981543, El Paso, TX 79998-1543, USA

Pour l'état d'une réclamation ou un service, appeler :

- Appelez gratuitement : +1 800 231 7729
- Si vous n'appellez pas depuis les États-Unis, veuillez utiliser le code d'accès AT&T.
- Appel direct ou en PCV depuis ou en dehors des États-Unis : +1 813 775 0190

* Les pièces jointes sont limitées à une taille totale de 10 Mo

Il est possible que des renseignements supplémentaires soient requis pour certains services.

Il est aussi possible que vous ayez à soumettre des documents

supplémentaires pour certains services. Si votre réclamation est placée dans l'une des catégories suivantes, vous devrez fournir les renseignements supplémentaires indiqués.

Services prothétiques (couronnes, ponts, dentiers) :

- Radiographies (ou rapport narratif du dentiste, si les radiographies ne sont pas disponibles)
- Un schéma dentaire montrant les dents manquantes (le cas échéant) et les dates d'extraction
- Date du positionnement antérieure de la prothèse, avec la raison justifiant le remplacement, si applicable

Services périodontiques :

- Radiographies
- schéma périodontique daté actuel préopératoire

Services orthodontiques :

- Date de pose de l'appareil
- Nombre de mois de traitement
- Nombre de mois de traitement restant

Services liés à une blessure accidentelle

- Radiographique prétraitement
- Détails de l'accident

Si votre plan exige une preuve de fréquentation scolaire pour recevoir la couverture dans le cas des personnes dépendantes dépassant un certain âge, vous pourriez avoir à fournir les éléments suivants :

- un bulletin, une facture d'inscription ou toute autre forme de vérification de fréquentation scolaire

1 Détails personnels

Au sujet du membre (cotisant)

Nom (tel qu'indiqué sur votre carte d'identification Aetna - incluant le prénom complet)

Prénom(s) :

Nom de famille :

Numéro d'identifiant Aetna (tel qu'indiqué sur votre carte d'identification Aetna)

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

Date de naissance

Sexe

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Homme Femme

Coordonnées

Numéro de téléphone (inclure le préfixe régional et/ou pays) :

Adresse courriel :

Adresse

Adresse civile :

Ville :

État/Province :

Pays :

Code postal :

2 Détails de remboursement

Où aimeriez-vous que le remboursement soit renvoyé ?

Au membre (cotisant) Au fournisseur

Quelles coordonnées de paiement devrions-nous utiliser pour vos remboursements ?

Utiliser les renseignements de remboursements récurrents indiqués au dossier

Utiliser les renseignements fournis dans la section Détails de paiement ci-dessous afin de définir des coordonnées de remboursements récurrents ou de mettre à jour les renseignements déjà existants

Utiliser les renseignements indiqués dans la section Détails de paiement ci-dessous uniquement pour les dépenses liées à ce formulaire

Comment devrions-nous traiter votre remboursement ?

Par transfert bancaire d'Aetna vers le compte indiqué ci-dessous.

Il s'agit de la manière la plus facile d'obtenir un remboursement.

Par chèque

Dans quelle devise aimeriez-vous être remboursé, par exemple la Livre Sterling ?

Si la devise choisie n'est pas disponible pour la méthode de remboursement choisie ci-dessus, nous transférerons par défaut en Dollar américain (\$), si les coordonnées bancaires sont fournies, ou par chèque en Dollar américain (\$) payable à la partie à laquelle le paiement est envoyé, si les coordonnées bancaires ne sont pas fournies.

Pays :

Devise :

Remboursement à des prestataires en dehors des États-Unis

Si, agissant raisonnablement, nous déterminons qu'une banque centrale, un gouvernement ou une autorité gouvernementale pertinente impose un taux de change artificiel (y compris mais sans s'y limiter un taux de change non conforme à celui du marché libre) pour une devise donnée quelle qu'en soit la raison, nous nous réservons la possibilité, à notre seule discrétion, de vous rembourser vos demandes de prise en charge valides en vertu du présent accord, relatives à des traitements reçus dans un tel pays, de toute manière que nous estimons raisonnable. Pour effectuer cette estimation, nous chercherons à nous assurer, en accord avec les bases fondamentales de tout contrat d'assurance, que nous vous indemnisons pour votre perte (dans le respect des termes et conditions de votre police) mais sans vous enrichir de manière injuste, comme cela aurait pu se produire si nous avions appliqué un taux de change artificiel pour vous payer dans une autre devise.

Prestataires partenaires du réseau Aetna en dehors des États-Unis

Le mode de remboursement peut se présenter sous la forme d'un paiement (i) dans la devise locale appropriée (sous réserve de faisabilité à la seule discrétion d'Aetna), ou (ii) si vous ne possédez pas de compte bancaire dans ladite devise locale, dans la devise dans laquelle la prime d'assurance a été payée, pour un montant égal à celui que nous aurions payé à notre prestataire partenaire du réseau dans la devise dans laquelle la prime a été payée conformément à nos obligations vis à vis de ce prestataire partenaire du réseau (tel que nous le déterminerons de manière raisonnable), dans chaque cas conformément au principe d'indemnisation mentionné ci-dessus.

Au sujet de l'employeur

Nom

Numéro de groupe

Au sujet du patient

Nom

Prénom(s) :

Nom de famille :

Date de naissance

Sexe

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Homme Femme

Relation avec le membre

Lui-même Conjoint Enfant à charge

Autre :

Prestataires hors réseau Aetna en dehors des États-Unis

Le mode de remboursement peut se présenter sous la forme d'un paiement (i) dans la devise locale appropriée conformément au principe d'indemnisation mentionné ci-dessus (sous réserve de faisabilité à la seule discrétion d'Aetna), ou (ii) si vous ne possédez pas de compte bancaire dans ladite devise locale, dans la devise dans laquelle la prime d'assurance a été payée, pour un montant égal aux frais raisonnables et habituels applicables.

Détails de paiement

Si vous avez choisi de recevoir le paiement par transfert bancaire, veuillez indiquer les détails ci-dessous.

Nous transférons gratuitement les fonds à votre banque, mais nous vous encourageons à vérifier auprès de votre banque si celle-ci vous facturera des frais supplémentaires pour recevoir les transferts de fonds.

Nom du titulaire du compte bancaire (tel qu'il apparaît sur le relevé bancaire)

Numéro de compte bancaire

Code d'identification bancaire BIC/numéro de routage ou ID/code

Code S.W.I.F.T./BIC (transfert seulement) CHIPS UID

ABA Fédéral

Code banque IBAN* Autre**

(Veuillez vérifier auprès de votre banque pour confirmer les exigences IBAN, qui, dans certains pays, sont obligatoires et doivent être fournis pour le transfert de fonds de la banque pour les paiements des réclamations, tel qu'aux Émirats arabes unis (EAU).*

*** Utilisez le champ de saisie Autre pour entrer les ID ou des codes tels que le code Banque / Succursale, le numéro RUT, le code IFSC ou le numéro KBA*

Coordonnées bancaires

Nom de la banque :

Adresse civile :

Ville :

État/Province :

Pays :

Code postal :

Numéro de téléphone (inclure le préfixe régional et/ou pays) :

3 Détails de la réclamation

Pour quel type de service(s) remplissez-vous ce formulaire ? Reportez-vous aux documents du plan pour vérifier la couverture(s) disponible incluse dans votre plan.

Médical Pharmacie Dentaire - veuillez joindre le formulaire GC-14423 Vue

(Identifier le numéro de la dent concernée pour toutes les procédures dentaires)

Répondre par « Oui » ou par « Non »

La réclamation est liée à un accident ou à une condition de travail. Oui Non

La réclamation est liée à une blessure accidentelle. Oui Non

Si vous soumettez une réclamation pour un accident ou une blessure au travail ou une blessure provenant d'un accident, veuillez décrire la situation:

Date de l'accident

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Heure

H	H	J	J	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM
---	---	---	---	-----------------------------	-----------------------------

Comment et où l'accident est-il survenu ?

--

Veuillez noter :

Utiliser l'espace ci-dessous pour résumer tous les traitements pour lesquels vous faites une réclamation. Si vous voulez soumettre une réclamation pour plus de deux cas, veuillez également remplir la Page 3 et la retourner avec ce formulaire.

Cochez cette case si seuls les Résumés de traitement ci-dessous sont inclus pour cette réclamation.

Résumé de traitement

Date du traitement

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Coûts totaux (avec devise)

--

Lieu de la réclamation – Nom et adresse du fournisseur

Ville :
État/Province :
Pays :
Code postal :

Description du service

soit le type de traitement, le nom du médicament/de l'appareil

Raison de la visite

Type de patient

Interne Externe

En cas de patient interne...

Quelle était la date d'admission ?

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Et la date de décharge ?

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Résumé de traitement

Date du traitement

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Coûts totaux (avec devise)

--

Lieu de la réclamation – Nom et adresse du fournisseur

Ville :
État/Province :
Pays :
Code postal :

Description du service

soit le type de traitement, le nom du médicament/de l'appareil

Raison de la visite

Type de patient

Interne Externe

En cas de patient interne...

Quelle était la date d'admission ?

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Et la date de décharge ?

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

--

Veillez noter :
 Utiliser l'espace ci-dessous pour résumer tous les traitements pour lesquels vous faites une réclamation. Si vous voulez soumettre une réclamation pour plus des deux cas supplémentaires (ci-dessous), veuillez copier cette page avant d'aller plus loin et renvoyer toute feuille supplémentaire avec ce formulaire.

Résumé de traitement

Date du traitement

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Coûts totaux (avec devise)

--

Lieu de la réclamation – Nom et adresse du fournisseur

Description du service

soit le type de traitement, le nom du médicament/de l'appareil

Raison de la visite

Type de patient

Interne Externe

En cas de patient interne...

Quelle était la date d'admission ?

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Et la date de décharge ?

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Résumé de traitement

Date du traitement

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Coûts totaux (avec devise)

--

Lieu de la réclamation – Nom et adresse du fournisseur

Description du service

soit le type de traitement, le nom du médicament/de l'appareil

Raison de la visite

Type de patient

Interne Externe

En cas de patient interne...

Quelle était la date d'admission ?

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Et la date de décharge ?

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

4 Autre couverture de soins de santé existante

Est-ce que quelqu'un de votre famille est couvert par un autre plan ou forfait de soins de santé tel que Medicare ou tout autre programme fédéral, d'état ou social gouvernemental américain ?

- Non → Rendez-vous directement à la section 6 (autorisation)
 Oui - prière de remplir cette section

Nom de la compagnie d'assurance ou type d'assurance

Nom du membre de la famille

Prénom(s) :

Nom de famille :

Date de naissance

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Sexe

- Homme Femme

Relation avec le membre

- Lui-même Conjoint
 Enfant à charge Autre :

5 Les cinq consentements du traitement des données de santé

Les informations que vous avez fournies dans ce formulaire de déclaration contiennent des données personnelles ainsi que des données de santé. Afin de vous aider à prendre une décision éclairée quant à votre consentement au traitement de vos données de santé, nous vous fournissons quelques informations ci-dessous.

Aetna Life & Casualty (Bermudes) Ltd., Aetna Life Insurance Company (« Aetna », « nous ») est l'organisme responsable de toutes les données que vous avez fournies dans ce formulaire, y compris les données de santé. Nous protégeons la confidentialité des données contenues dans ce formulaire, conformément aux lois et règlements applicables en matière de confidentialité, ainsi qu'aux politiques de confidentialité de notre entreprise.

Nous utiliserons les données personnelles et les données de santé fournies avec ce formulaire de demande pour évaluer, traiter et gérer votre déclaration.

Nous conserverons vos données personnelles et vos données de santé aussi longtemps que nécessaire à ces fins. En outre, nous pouvons conserver les données relatives aux déclarations pendant dix ans à compter de la date de clôture de votre déclaration afin de satisfaire nos obligations légales ou réglementaires.

Il est possible que nous révélions des renseignements vous concernant à des tiers dans le but d'évaluer, de traiter et de gérer votre déclaration. Nous demeurerons le responsable du traitement des données et exigerons de ces tiers qu'ils protègent vos données. Les renseignements que vous fournissez dans cette déclaration seront traités aux États-Unis, conformément aux modalités de la police d'assurance applicable.

Vous pouvez consulter l'intégralité de notre politique de confidentialité sur <https://www.aetnainternational.com/en/about-us/legal-notice.html>. Vous y obtiendrez plus d'informations concernant vos droits en matière de confidentialité des données et sur les personnes à contacter pour toute question concernant les pratiques d'Aetna en matière de confidentialité.

Veuillez noter qu'en refusant de donner votre consentement, nous pourrions ne pas être en mesure de poursuivre le traitement de votre demande ou de disposer de suffisamment de renseignements pour prendre une décision en toute connaissance de cause concernant votre déclaration.

Aetna et ses affiliés ne peuvent pas payer pour les services de soins de santé fournis dans un pays faisant l'objet d'une sanction par les États-Unis, sauf si autorisé par une autorisation écrite du Bureau de contrôle des actifs étrangers (OFAC). En apprendre plus sur le Trésor des États-Unis sur le site : www.treasury.gov/resource-center/sanctions

Couverture émise par Aetna Life Insurance Company et/ou Aetna Life & Casualty (Bermudes) Ltd.

6 Autorisation

Pour tous les dépôts électroniques

Par la présente, j'autorise Aetna Life & Casualty (Bermudes) Ltd., Aetna Life Insurance Company et toutes leurs entreprises affiliées (« Aetna ») et/ou leurs agents respectifs à faire un paiement pour tout avantage devant m'être versé, à moi ou aux personnes à ma charge, en créditant un tel paiement sur mon compte de banque ou sur l'institution financière nommée dans ce formulaire. J'accepte d'aviser Aetna par écrit en cas de changement aux renseignements fournis dans ce formulaire ou en cas de retrait de cette autorisation. J'accepte que, pour toute raison, si des paiements d'avantages immérités sont versés sur mon compte, de rembourser immédiatement l'intégralité d'un tel paiement. J'accepte aussi qu'en cas de non remboursement d'un tel paiement de ma part, je pourrai être tenu responsable du paiement de tout frais de collecte (incluant des frais raisonnables d'avocat et le montant maximal des intérêts permis par la loi).

Autorisation médicale, de pharmacie, dentaire et de la vue

Doit être signé et daté.

J'autorise tous les médecins et autres professionnels de la santé, les pharmacies et les pharmaciens, les hôpitaux et les centres de soins de santé à remettre à Aetna et toute partie indépendante agissant au nom d'Aetna ou étant sous contrat avec Aetna, tous les renseignements relatifs aux soins de santé, les conseils, les traitements ou les fournitures donnés liés au patient (incluant tout ce qui est lié aux maladies mentales et au SIDA/CLS/VIH). Ces renseignements seront utilisés aux fins d'évaluation et de gestion des réclamations. Aetna peut remettre à l'employeur nommé sur ce formulaire un calcul des avantages utilisé pour le paiement de cette réclamation, aux fins de révision de l'expérience et de gestion de la politique/contrat. Cette autorisation est valide pour la durée de la politique ou du contrat en vertu de lequel cette réclamation a été soumise. Je sais que j'ai le droit de recevoir une copie de cette autorisation sur demande et j'accepte qu'une copie de cette autorisation ait la même validité que l'originale.

En outre, j'autorise Aetna à traiter mes données médicales aux fins du traitement de ma déclaration, en vertu de l'article 5, Consentement au traitement des données relatives aux déclarations.

À noter : La remise d'informations erronées ou trompeuses à un assureur afin de le frauder ou de frauder une autre personne est un crime. Les pénalités possibles comprennent la prison et des amendes. L'assureur peut aussi refuser d'assurer une personne si des renseignements trompeurs en lien avec la réclamation ont été remis par le demandeur.

Vous pouvez choisir d'utiliser une forme de signature électronique sur ce formulaire de demande, confirmant votre vérification et déclaration aux détails donnés ci-dessus. Pour éviter toute ambiguïté la signature électronique est valide et exécutoire de la même façon que votre signature originale. Nous pouvons compter sur la signature électronique comme une vérification et déclaration contraignante confirmant que l'information ci-dessus est exacte et non trompeuse à tous les égards.

Signature du patient ou de la personne autorisée

Date de signature

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Fausse déclaration/Fraude

Toute personne qui, sciemment et avec intention de blesser, frauder ou tromper une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une demande d'assurance ou une déclaration contenant des renseignements matériellement faux ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant tout matériel de fait, commet un acte frauduleux envers l'assurance, commet un crime et est sujet à des sanctions pénales et civiles.

Déclarations de fraude aux États-Unis ci-dessous :

Attention, résidents de l'Alabama : Toute personne qui présente sciemment une réclamation fausse ou frauduleuse pour le paiement d'une perte ou d'un avantage ou qui présente sciemment de faux renseignements dans une demande d'assurance est coupable d'un crime et peut être soumis à des amendes ou à l'emprisonnement, ou combinaison des deux. **Attention, résidents de l'Arkansas, District de Columbia, Rhodes Island et Virginie Occidentale :** Toute personne qui présente sciemment une réclamation fausse ou frauduleuse pour le paiement d'une perte ou d'un avantage ou qui présente sciemment de faux renseignements dans une demande d'assurance est coupable d'un crime et peut être soumis à des amendes et à l'emprisonnement. **Attention, résidents de Californie :** Pour votre protection, la loi californienne exige qu'un avis de ce qui suit apparaisse sur ce formulaire : Toute personne qui présente sciemment une réclamation fausse ou frauduleuse pour le paiement d'une perte est coupable d'un crime et peut être soumis à des amendes et à l'emprisonnement en prison d'état. **Attention, résidents du Colorado :** Il est illégal de fournir sciemment des informations ou des faits incomplets, faux ou trompeurs à une compagnie d'assurance dans le but de frauder ou de tenter de frauder la compagnie. Les sanctions peuvent inclure l'emprisonnement, des amendes, le déni d'assurance et des dommages-intérêts. Toute compagnie d'assurance ou agent d'une compagnie d'assurance qui fournit sciemment des informations ou des faits erronés, incomplets ou trompeurs à un assuré ou ayant droit dans le but de frauder ou de tenter de frauder l'assuré ou le demandeur concernant un règlement ou une prime payable du produit de l'assurance doit être dénoncé à la division d'assurance Colorado au département des organismes de réglementation. **Attention, résidents de la Floride :** Toute personne qui, sciemment et avec intention de blesser, frauder, ou tromper tout assureur dépose une déclaration ou une demande contenant des renseignements erronés, incomplets ou trompeurs est coupable d'un crime du troisième degré. **Attention, résidents du Kansas :** Toute personne qui, sciemment et avec intention de blesser, de frauder ou de tromper une compagnie d'assurance ou une autre personne soumet un formulaire d'adhésion à l'assurance ou une déclaration contenant des renseignements matériellement faux ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant tout matériel de fait peut avoir violé la loi de l'État. **Attention, résidents du Kentucky :** Toute personne qui, sciemment et avec l'intention de frauder toute compagnie d'assurance ou une autre personne dépose une déclaration contenant une information matériellement fausse ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant tout matériel de fait, commet un acte frauduleux envers l'assurance, commet un crime. **Attention, résidents de la Louisiane :** Toute personne qui présente sciemment une réclamation fausse ou frauduleuse pour le paiement d'une perte ou d'un avantage ou qui présente sciemment de faux renseignements dans une demande d'assurance est coupable d'un crime et peut être soumis à des amendes et à l'emprisonnement. **Attention, résidents du Maine et du Tennessee :** Il est criminel de fournir sciemment des renseignements incomplets, faux ou trompeurs à une compagnie d'assurance dans le but de frauder la compagnie. Les sanctions peuvent inclure l'emprisonnement, des amendes ou le déni d'assurance. **Attention, résidents du Maryland :** Toute personne qui présente sciemment une réclamation fausse ou frauduleuse pour le paiement d'une perte ou d'un avantage ou qui présente sciemment de faux renseignements dans une demande d'assurance est coupable d'un crime et peut être soumis à des amendes et à l'emprisonnement. **Attention, résidents du Missouri :** Il est criminel de fournir sciemment des renseignements incomplets, faux ou trompeurs à une compagnie d'assurance dans le but de frauder la compagnie. Les sanctions comprennent l'emprisonnement, des amendes, le déni d'assurance et des dommages-intérêts, tel que déterminé par un tribunal. Toute personne qui, sciemment et avec intention de blesser, frauder ou de tromper une compagnie d'assurance peut être condamné pour fraude tel que déterminé par un tribunal. **Attention, résidents du New Jersey :** Toute personne qui inclut des renseignements faux ou trompeurs sur une demande de police d'assurance ou produit une déclaration contenant des renseignements faux ou trompeurs en connaissance de cause est passible de sanctions pénales et civiles. **Attention, résidents de Caroline du Nord :** Toute personne qui, sciemment et avec intention de blesser, frauder ou tromper une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une demande d'assurance ou une déclaration contenant des renseignements matériellement faux ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant tout matériel de fait, commet un acte frauduleux envers l'assurance, commet un crime et est sujet à des sanctions pénales et civiles. **Attention, résidents de l'Ohio :** Toute personne qui, avec l'intention de frauder ou sachant qu'il facilite une fraude contre un assureur, présente une demande ou produit une réclamation contenant des informations fausses ou trompeuses est coupable de fraude à l'assurance. **Attention, résidents de l'Oklahoma :** ATTENTION : Toute personne qui, sciemment et avec l'intention de blesser, de frauder ou de tromper un assureur, fait une demande pour le produit d'une police d'assurance contenant de faux renseignements, incomplets ou trompeurs est coupable d'un crime. **Attention, résidents de l'Oregon :** Toute personne qui, sciemment et avec intention de blesser, de frauder ou de tromper une compagnie d'assurance ou une autre personne soumet un formulaire d'adhésion à l'assurance ou une déclaration contenant des renseignements matériellement faux ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant tout matériel de fait peut avoir violé la loi de l'État. **Attention, résidents de la Pennsylvanie :** Toute personne qui, sciemment et avec intention de blesser, frauder ou tromper une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une demande d'assurance ou une déclaration contenant des renseignements matériellement faux ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant tout matériel de fait, commet un acte frauduleux envers l'assurance, commet un crime et est sujet à des sanctions pénales et civiles. **Attention, résidents de Porto Rico :** Toute personne qui inclut sciemment et avec l'intention de frauder de faux renseignements dans une demande d'assurance ou dépose, aide ou encourage une demande frauduleuse pour obtenir le paiement d'une indemnisation ou d'autres avantages, ou dépose plus d'une demande pour la même perte ou dommage, commet un crime et s'il est reconnu coupable sera puni pour chaque infraction d'une amende de pas moins de cinq mille dollars (5 000 \$), ne dépassant pas dix mille dollars (10 000 \$); ou sera emprisonné pour une durée déterminée de trois (3) ans, ou les deux. Si des circonstances aggravantes sont présentes, la peine d'emprisonnement fixe peut être portée à un maximum de cinq (5) ans, et si des circonstances atténuantes sont présentes, la peine d'emprisonnement peut être réduite à un minimum de deux (2) ans. **Attention, résidents du Texas :** Toute personne qui, sciemment et avec intention de blesser, frauder ou tromper une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une demande d'assurance ou une déclaration contenant des renseignements matériellement faux ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant tout matériel de fait, commet un acte frauduleux envers l'assurance, commet un crime et est sujet à des sanctions pénales et civiles. **Attention, résidents du Vermont :** Toute personne qui, sciemment et avec intention de blesser, frauder ou tromper une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une demande d'assurance ou une déclaration contenant des renseignements matériellement faux ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant tout matériel de fait, commet un acte frauduleux envers l'assurance, commet un crime et est sujet à des sanctions pénales et civiles. **Attention, résidents de Virginie :** Toute personne qui, sciemment et avec intention de blesser, frauder ou tromper une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une demande d'assurance ou une déclaration contenant des renseignements matériellement faux ou dissimule, dans le but d'induire en erreur, des informations concernant tout matériel de fait, commet un acte frauduleux envers l'assurance, commet un crime et est sujet à des sanctions pénales et civiles. **Attention, résidents de Washington :** Il est criminel de fournir sciemment des renseignements incomplets, faux ou trompeurs à une compagnie d'assurance dans le but de frauder la compagnie. Les sanctions peuvent inclure l'emprisonnement, des amendes ou le déni d'assurance. **Attention, résidents de New York :** Toute personne qui, sciemment et avec l'intention de frauder une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une demande d'assurance ou une déclaration contenant de faux renseignements, ou dissimule dans le but d'induire en erreur, des informations concernant tout matériel de fait, commet un acte de déclaration frauduleuse, qui est un crime, et peut faire l'objet d'une sanction civile ne dépassant pas cinq mille dollars plus la valeur déclarée de la réclamation pour chaque infraction.

Signature _____

Date _____

Pour les plans conformes à la loi fédérale sur les soins abordables des États-Unis (ACA)

Aetna est conforme aux lois fédérales relatives aux droits civils applicables et ne discrimine pas, n'exclue pas ni ne traite les gens différemment en fonction de leur race, couleur, origine nationale, sexe, âge ou handicap.

Aetna fournit de l'assistance et des services gratuits aux personnes handicapées et aux personnes qui ont besoin d'une assistance linguistique.

Si vous avez besoin d'un interprète qualifié, d'informations écrites dans d'autres formats, de traduction ou d'autres services, appelez le numéro sur votre carte d'identité.

Si vous croyez que nous avons omis de fournir ces services ou autrement discriminé sur la base d'un groupe protégé noté ci-dessus, vous pouvez également déposer un grief auprès du coordonnateur aux droits civils en écrivant au :

Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clients HMO en CA : PO Box 24030 Fresno, CA 93779), 1-800-648-7817, ATS : 711, Fax : 859-425-3379 (clients HMO en CA : 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

Vous pouvez également déposer une plainte en matière de droits civils auprès du Département américain de la santé et des services sociaux, Portail des plaintes du bureau des droits civiques, disponible au <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ou à l'adresse : US Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, ou au 1-800-368-1019, 800- 537-7697 (ATS).

Aetna est le nom de marque utilisé pour les produits et services fournis par un ou plusieurs groupes de sociétés filiales d'Aetna, dont Aetna Life Insurance Company, Coventry Health Care plans et leurs filiales (Aetna).

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.