

Aetna International/MSO

Form to Request a Guarantee of Payment (GOP) for Care.

For use by the **Missions/Missionaries** of **The Church of Jesus Christ of Latter-day Saints**

Instructions: Complete below or be prepared to provide this information when emailing or placing a phone call **before** each missionary goes to seek care. **Information below is needed whether request is made via Email or Phone.**

Email (preferred): agb@mso.co.za

Text (via WhatsApp): +27 66 290 3409

or Call: +27 (11) 259-5393 (MSO 24/7 Clinical Line)

*****If texting via WhatsApp or sending an email, it is imperative that you send all the information/details needed to process your request timely.**

For Urgent requests (care needed in 24 hours or less), please call +27 (11) 259-5393 (MSO 24/7 Clinical Line) and be prepared to provide the following information:

Mission Contact/Requestor's Name:
Mission Contact/Requestor's Relationship to the Mission (<i>position/role</i>):
Mission Contact/Requestor's email:
Mission Contact/Requestor's Phone Number (<i>including Country & City Code</i>):
Mission Contact/Requestor's Location (<i>City/Country</i>):
Email Address(es) of any other contacts who should receive a copy of the GOP when issued:
Missionary/Patient's FULL Name (First & Last):
Missionary/Patient's Aetna W ID #:
Missionary/Patient's Date of Birth (<i>please use mm/dd/yyyy format</i>):
What is the nature of the illness/injury/medical complaint (<i>A brief explanation of symptoms. Ex. Knee pain, sore throat, abdominal pain, etc.</i>):
Type of service(s) needed/requested (<i>ex. MD consultation, ER visit, Hospital Admission, etc.</i>):
Date of Service/Admission (<i>planned or emergency</i>):
Facility/Provider name (<i>please be as specific as possible with facility/provider's name</i>):
Facility/Provider address/GPS location:
Facility/Provider phone number:
Physician Name (<i>if known</i>):
Physician Specialty (<i>if known</i>):

Aetna International/MSO

Formulaire de demande de garantie de paiement (GOP) pour les soins.

À l'usage des **missions/missionnaires** de **l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours**

Instructions : Complétez ci-dessous ou soyez prêt à fournir ces informations lorsque vous envoyez un courriel ou passez un appel téléphonique **avant** que chaque missionnaire n'aille chercher des soins. **Les informations ci-dessous sont nécessaires, que la demande soit faite par e-mail ou par téléphone.**

Courriel (de préférence) : agb@mso.co.za

Texte (via WhatsApp): +27 66 290 3409

ou téléphone: +27 (11) 259-5393 (ligne clinique MSO 24h/24 et 7j/7)

*****Si vous envoyez un message via WhatsApp ou un courriel, il est impératif de transmettre toutes les informations et tous les détails nécessaires au traitement de votre demande. Veuillez consulter le modèle de demande de garantie de paiement (GOP) à la dernière page de ce document pour connaître les informations requises.**

Pour les demandes urgentes (soins nécessaires dans les 24 heures ou moins), veuillez appeler le +27 (11) 259-5393 (ligne clinique MSO, disponible 24h/24 et 7j/7) et soyez prêt à fournir les informations suivantes:

Nom de la personne-ressource de la mission ou du demandeur:
Fonction ou rôle au sein de la mission:
Adresse e-mail de la personne-ressource:
Numéro de téléphone du contact (inclure l'indicatif pays et ville):
Lieu d'implantation (ville/pays):
Adresse(s) e-mail(s) des autres personnes à notifier lors de l'émission du GOP:
Nom COMPLET du missionnaire ou du patient (prénom et nom):
Numéro d'identification Aetna W du missionnaire/patient:
Date de naissance du missionnaire/patient (format mm/jj/aaaa):
Nature de la maladie, blessure ou plainte médicale (brève description des symptômes, par exemple : douleur au genou, mal de gorge, douleur abdominale, etc.):
Type de service demandé (par exemple: consultation médicale, visite aux urgences, hospitalisation, etc.):
Date prévue ou urgente du service/admission:
Nom de l'établissement ou du fournisseur (soyez aussi précis que possible):
Adresse ou localisation GPS de l'établissement/fournisseur:
Numéro de téléphone de l'établissement/fournisseur:
Nom du médecin (si connu):
Spécialité du médecin (si connue):

Aetna International/MSO

Formulário para solicitar uma Garantia de Pagamento (GOP) para atendimento

Para uso pelas **Missões/Missionários de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias**

Instruções: Preencha abaixo ou esteja preparado para fornecer essas informações ao enviar um e-mail ou ao ligar **antes** de cada missionário procurar atendimento. **As informações abaixo são necessárias se a solicitação for feita por e-mail ou telefone.**

E-mail (preferido): agb@mso.co.za

Texto (via WhatsApp): +27 66 290 3409

or Ligue para: +27 (11) 259-5393 (MSO 24/7 Linha Clínica)

***** Se enviar uma mensagem via WhatsApp ou um e-mail, é imprescindível que você forneça todas as informações/detalhes necessários para processar sua solicitação. Por favor, consulte o modelo de GOP na última página deste documento para verificar os detalhes exigidos.**

Para solicitações urgentes (atendimento necessário em 24 horas ou menos), ligue +27 (11) 259-5393 (MSO 24/7 Linha Clínica) e esteja preparado para fornecer as seguintes informações:

Nome do contato/solicitante da missão:
Contato da Missão/Relacionamento do Solicitante com a Missão (cargo/função):
E-mail do contato/solicitante da missão:
Número de telefone do contato/solicitante da missão (incluindo código do país e da cidade):
Localização do Contato/Requerente da Missão (Cidade/País):
Endereço(s) de e-mail de quaisquer outros contatos que deverão receber uma cópia do GOP quando emitido:
Nome COMPLETO do Missionário/Paciente (Nome e Sobrenome):
Aetna WID # do Missionário/Paciente:
Data de nascimento do missionário/paciente (use o formato dd/mm/aaaa):
Qual é a natureza da doença/lesão/queixa médica (Uma breve explicação dos sintomas. Ex. Dor no joelho, dor de garganta, dor abdominal, etc.):
Tipo(s) de serviço(s) necessários/solicitados (ex. consulta médica, visita ao pronto-socorro, internação hospitalar, etc.):
Data do Atendimento/Admissão (planejada ou emergencial):
Nome da instalação/provedor (seja o mais específico possível com o nome da instalação/provedor):
Endereço da instalação/provedor/localização GPS:
Número de telefone da instalação/provedor:
Nome do médico (se conhecido):
Especialidade do médico (se conhecida):