Aetna International
151 Farmington Ave RE4K
Hartford, CT 06156
+1 (888) 633-1055

To All IDB Group Members:

Welcome to Aetna International! We are proud to be the administrators of the Medical, Dental, and Vision benefit plans for the Inter-American Development Bank Group beginning on July 1, 2018. Our goal is to make this transition as seamless as possible and to help you make the most of your benefits. This letter contains important information to help you get started.

Identification (ID) Cards
You recently received or will soon receive two ID cards by mail from Aetna International – one for medical and dental services and a second ID card for vision services. Beginning on July 1, 2018, you will need to present these cards whenever you receive care from Aetna network providers to verify that you are an IDB Group member. You will also need to have these cards handy when registering for the Health Hub secure member website or calling the Aetna International Member Service Center. More information on how to access the Health Hub, which will be activated on July 1, is included in this letter.

When you visit physicians, dentists, and other providers in the Aetna Open Choice PPO Network after July 1, it will be important to present your new identification cards so your providers can update your records for proper processing of your claims and charge you the correct co-insurance amount for the services you receive. U.S. Medicare participants should present the Aetna ID card and inform their providers that Aetna replaces Cigna as their secondary payer. Please keep in mind that prior to July 1, you will still need to use your Cigna ID cards.

Broad Provider Network Access
The Aetna Open Choice PPO Network has many providers to choose from, offering convenience and low out-of-pocket costs by reducing the need to seek out-of-network care. As an IDB Group member, you will have access to Aetna's network of 1.3 million providers (1.15 million in the United States, 165,000 elsewhere in the world). You can locate network providers by using the Aetna Health Hub website at www.aetnainternational.com, or by calling the number on your Aetna ID card. You may also locate network providers using the Aetna International Mobile Assistant app. Details on how to access this resource are included in this letter.

Personalized Online/Mobile Tools
Through Aetna International, you will have access to a world of personalized tools and resources you can utilize to view information and perform many tasks online or on your mobile device. You can use Health Hub, your secure member website, or the Aetna International Mobile Assistant app to view your plan documents, find nearby doctors and hospitals, submit and track claims, and much more.

Starting on July 1, you should register for Health Hub - your secure member website. The site gives you an array of tools you can use. You can register in just a few steps by visiting www.aetnainternational.com and clicking "Register now" under the "Log in" section. You'll need to select your plan type ("Aetna International Plan Member"), and enter your name, date of birth, and the number on your Member ID Card.

Once you are registered, you can use Health Hub to:
- Submit claims and track claim status
- Access details on your benefits
- View and print temporary ID cards or request a replacement
- Find providers in the U.S. and overseas when you travel

If you have a mobile device, you may also download the Aetna International Mobile Assistant app, which makes it easy to access your benefits on the go. You can search "Aetna International" in the App Store or Google Play stores to get started. The app is free to download and is available for both iPhones and Android phones.

The International Mobile Assistant app takes the important features of the secure member website and packages them in an easy-to-use mobile format.

You can use the app to:
- Submit claims
- Check claims status
- Search for providers and get directions to providers' offices

Accessing Care
When you wish to receive medical or dental care, check to be sure your provider is in-network by using the Aetna Health Hub website at www.aetnainternational.com or by calling the number on your Aetna ID card, and show your Aetna ID card prior to receiving care. To locate an in-network vision services provider, go to www.aetnavision.com and follow the instructions included with your Aetna vision ID card.

If you prefer to see an out-of-network provider, you will need to pay for the services you receive and file a claim for reimbursement. The necessary claim form can be found when you click "View Documents" under the "My Plan and Me" tab on Health Hub, and a sample copy of the claim form is also included with this letter. You may request your reimbursement through electronic deposit directly to your bank account after providing your banking information in your Health Hub profile, or if you prefer, you may have a check mailed to you. Your reimbursement will reflect any unmet deductible (if applicable) and member co-insurance responsibility amount up to the plan's out-of-pocket maximum.

In some cases, out-of-network providers, such as physicians, outpatient clinics and surgery centers, infusion and imaging centers, may not accept the established reasonable and customary rates for the types of services they each provide. This means that in these cases, the provider may bill you for the difference between what your plan covers for various types of out-of-network services and the total bill. This is known as "balance billing." You would also have to pay the 20% out-of-network co-insurance and any unmet deductible amount. Please also note that these amounts would not count toward your out-of-pocket maximum expenditure under the plan. To avoid unexpected charges, it is very important that you check with any out-of-network provider, particularly centers that perform outpatient surgeries and procedures such as routine colonoscopies, regarding the price the provider will charge for all of the services to be rendered, the amount your plan will cover, and whether the provider will charge you a "balance bill" for the difference before you commit to receiving care. Alternatively, by using an in-network provider, you will never be at risk for "balance billing."

Accessing Care Outside of the U.S.
If you are traveling outside the U.S. and require medical care, you can locate an Aetna Network doctor or hospital through your Aetna Health Hub website at www.aetnainternational.com. Aetna International has network or partner relationships with providers in more than 200 countries.

In an emergency situation, you should go directly to the most appropriate physician and/or hospital and contact Aetna International as soon as possible using the phone numbers on the back of your ID card. If applicable, a family member or other representative may contact Aetna on your behalf.

In a non-emergency situation, if you choose to visit a provider that is not an Aetna regional in-network or partner provider with Aetna International, you may request a one-time Letter of Authorization (LOA), also referred to as a Guarantee of Payment (GOP), prior to seeking services by calling the number on your ID card, logging into the Aetna International Health Hub, or using your Aetna Mobile Assistant app. If accepted by the provider, the provider will bill Aetna for the services you receive. If you are unsure whether a provider is in- or out-of-network, you may request a LOA so you will know in advance if the provider will bill Aetna or if you will be required to pay and file a claim.

You may also choose to pay for the services when you receive care, and then file a claim for reimbursement as detailed elsewhere in this letter. When filing a claim for services received overseas, you should be sure to submit a fully itemized bill or detailed receipt. This bill/receipt should include the patient's name, the provider's name/address/phone number, date of service, amount charged, diagnosis/nature of illness, and procedures performed (office visit, lab, surgery, etc.). Many providers outside the U.S. do not provide sufficient detail on their invoices, so ensuring that the foregoing information is complete will allow your claim to be processed promptly.

If you should require vision or dental care while traveling outside the U.S., you will be required to pay for the services received and file a claim, as there are no vision or dental networks outside the U.S.

If you need to obtain a prescription medication outside of the U.S., you must pay for the prescription and file a claim for reimbursement with Aetna (In this case, you do not file a claim with Express Scripts). Your claim must correspond with a doctor's office visit at which your medication was prescribed, if you are submitting a claim for a new prescription. You do not need to show an Aetna ID card to access prescription drugs overseas, as there is no network of pharmacies. You may obtain your prescription medication at any pharmacy you choose. You will be reimbursed for the cost of the prescription minus the $5.00 co-pay applicable to overseas prescriptions. To receive reimbursement for prescriptions outside of the U.S., use the Aetna claims reimbursement process detailed elsewhere in this letter.

Submitting a Claim
If you need to submit a claim for out-of-network services, you may submit it by fax or by postal mail, online through Health Hub at www.aetnainternational.com, or through the Aetna International Mobile Assistant app. Aetna uses a single claim form for all types of services – medical, dental, vision and pharmacy (where applicable). A sample of the claim form is enclosed with this letter for your reference. Please note that no immediate action is required regarding this form. Information on how to access it online when you need to file a claim appears below.

Here are some tips to help the claim process go smoothly:

- All claims must be submitted no later than June 30 of the year following the date of service, except in this transition year, as explained below
- Make sure to provide all necessary supporting documents including original, scanned or photographed receipts as applicable for the filing method you use, certificates and reports as applicable
- Keep copies of your receipts and other claim supporting documents on file in case they are needed for verification purposes
- Include your Member ID number on each document submitted with your claim form
- Provide complete details on the description of service and the reason for the visit

How to submit a claim

When you are ready to submit your claim, just log in to Health Hub from your computer, smartphone or tablet:

1. Click "*My Claims*" then select "*New claim*"
2. Fill out all required fields of the online claim form. If available from your profile, the claim system will auto-complete some information. Please verify its accuracy and update your profile if necessary
3. Scan or photograph and upload your receipts or other documentation
4. Submit your claim
5. Retain your claim "*reference tracking number*" for tracking purposes

After a claim is submitted you can find your claim in the online submission history section of the claim center for future reference.

It is also simple to submit additional claims for the same provider. The "*modify*" feature uses your previous claim information to submit a new claim.

Convenient reimbursement options

Aetna offers a variety of payment methods so you can decide the most convenient way to receive your reimbursements. You may choose to be reimbursed via check, wire or electronic funds transfer (EFT) to your designated account in either a U.S. bank or a bank in the country in which you reside. You will not be charged any wire transfer fees by Aetna, however you should check to see if your financial institution charges any type of processing fees.

Claims for services received prior to July 1, 2018 should be filed with Cigna, your previous administrator, and all such claims must be filed by December 31, 2018. Claims incurred after July 1, 2018 will be handled by Aetna, and you may file claims incurred after July 1, 2018 through June 30, 2019. Going forward, you will continue to have until June 30 of the following year to file any claims with Aetna, as prescribed in the Medical Benefits Program Handbook.

You should plan to refill your prescriptions during your normal refill cycle to ensure that you have the medications you need on hand during the transition. If you have a prescription that is out of refills or is for a controlled substance, you will need to obtain a new prescription from your doctor. You will be receiving information from Express Scripts that will provide instructions for assistance in obtaining new prescriptions if necessary.

Other Services

Employee Assistance Program (EAP) for Staff and Retirees

Active staff and retirees will now have access to Aetna's Employee Assistance Program (EAP). This service is available to you at no additional cost, and it does not require a co-pay. You and your family have access to free, confidential support for any work, life, personal, or family issue — any day, at any time. You can get immediate counseling by telephone or get information about local counselors. EAP representatives can also provide referrals to local resources, including attorneys, financial professionals and more. Aetna provides free worldwide assistance, 24 hours a day, every day of the year, to IDB Group members including:

- Up to 5 free sessions of counseling per issue, per year
- Support and resources available in your language of choice
- Discretionary information not shared with your employer, past employer (in the case of retirees), or plan sponsor

For more information, call the member services number on the back of your member ID card or log in to your Health Hub account at www.aetnainternational.com.

Emergency Assistance Program

In the event of a serious medical emergency when you are traveling outside the U.S., you can receive immediate help through the Aetna Emergency Assistance Program. Emergency Assistance provides you with access to a single global team that can handle urgent pre-authorization of inpatient cases, outpatient cases, and arrangements for medical evacuation by ground ambulance if needed. Aetna's team of nurses and doctors will have direct contact with local treating doctors, leveraging operational expertise and deep knowledge of local healthcare resources in order to provide prompt access to the services you may need.

To access the Emergency Assistance Program, call the Aetna International Member Service Center at the Emergency telephone number on the back of your member ID card.

Transition of Care
Although the Aetna network is extensive and most local providers are members of the network, in the event that you are receiving a course of treatment that commenced prior to July 1, 2018 with a provider that is in-network with Cigna but will be out-of-network with Aetna, you must submit an Aetna Transition of Care form so your care will continue to be covered at the in-network level. The form is available at www.aetnainternational.com and a copy is also included with this letter for your reference. Any member who is concerned about transition of his or her current care may submit this form, but common examples of treatment programs where transition of care is important include:

- Chemotherapy or radiation therapy treatment plans
- Outpatient mental illness or substance abuse care
- Pregnancy
- Surgeries
- Terminal illness

Important! If submitting a Transition of Care form to Aetna, you must do so within 90 days following July 1, 2018.

Need Further Assistance?
If you have questions on your medical, dental, and vision benefits anywhere in the world, please contact:

Aetna International
Phone: +1 (888) 633-1055
Email: iadbservice@aetna.com

In addition, there is a list of Frequently Asked Questions (FAQs) that can be accessed at these locations:

- HRD Intranet for staff (English): **https://idbg.sharepoint.com/sites/HRD/en/Pages/compensation/Medical%20Benefits%20Program.aspx**
- HRD Intranet for staff (Spanish): **https://idbg.sharepoint.com/sites/HRD/es/Pages/compensation/Medical%20Benefits%20Program.aspx**
- IDB Group Retiree Portal (English): **https://www.iadb.org/en/retirees**
- IDB Group Retiree Portal (Spanish): **https://www.iadb.org/es/retirees/home%2C17924.html**

Aetna International

Apple, the Apple logo and iPhone are trademarks of Apple Inc., registered in the U.S. and other countries. App Store is a service mark of Apple Inc.
Google Play and the Google Play logos are trademarks of Google LLC.
Aetna® is a trademark of Aetna Inc. and is protected throughout the world by trademark registrations and treaties.

Questions?
We know you may have questions and we're always here to help. You can call us any time on the phone number listed on the back of your Aetna ID Card.

You can also send us a secure email by logging in to **www.aetnainternational.com** and clicking 'Contact us'.

aetna®

Claims submission made easy

This form can be used to submit a claim for medical, dental, vision, or pharmaceutical services.

If you're filing a claim for more than one person, a separate form is needed for each family member.

How to Fill in this Form

- Complete the entire form using black ink
- Mark your answers, where applicable, with an 'X', like this: ☒
- Double check to make sure your payment details are accurate
- Sign and date the authorization
- Write your member identification number on each document submitted with your claim form
- Keep a copy of your completed form for your records

Submitting your claim

Once you have completed the claim form, you'll need to submit it along with your itemized bills and receipts. If your receipts are small, you should tape them on to a full size piece of paper. Then, submit the documents whichever way you prefer. We will process your claim and respond within 10 to 14 calendar days.

- **Upload it***
  Log in at www.aetnainternational.com and click 'Claims Center'
- **Fax it**
  Outside the US: +1 800 475 8751 (via AT&T + access code)
  Inside the US:+1 859 425 3363
- **Email it***
  Send attachments to aiservice@aetna.com
- **Mail it**
  Aetna International/Aetna. PO Box 981543, El Paso, TX 79998-1543, USA

For Claim Status or Service, Call:
Outside the US: +1 800 231 7729 (via AT&T + access code)
Collect outside the US or Direct:+1 813 775 0190

** Attachment limit size is 10MB*

Some services may require additional information

For some services, you'll need to submit additional documents. If your claim falls into any of the categories below, you'll need to provide the additional items listed.

Prosthetic services (such as crowns, bridges or dentures):

- X-rays (or the dentist's narrative report, if x-rays are not available)
- A dental chart showing any missing teeth and dates of extraction
- Date of prior prosthetic placement with a rationale for replacement if applicable

Periodontal services:

- X-rays
- Current dated pre-operative periodontal charting

Orthodontic services:

- Date appliance was placed
- Number of months of treatment
- Number of months of treatment remaining

Services relating to accidental injury

- Pre-treatment X-rays
- Details of the accident

If your plan requires school attendance as a condition of coverage for dependents over a certain age, you may need to provide:

- a report card, tuition statement or other form of school attendance verification

Subscriber's Name (First Name, Middle Initial, Last Name/Surname)

1 Personal details

About the member (subscriber)

Name (as shown on your Aetna ID card – including full First name)

First name(s):

Last name/Surname:

Aetna ID number (as shown on your Aetna ID card)

Date of birth

Gender ☐ Male ☐ Female

Contact details

Telephone number *(include Area &/or Country Code)*:

Email address:

Address

Street Address:

City:

State/province:

Country:

Postal/ZIP code:

About the employer

Name

Group number

About the patient

Name

First name(s):

Last name/Surname:

Date of birth

Gender ☐ Male ☐ Female

Relationship to member

☐ Self ☐ Spouse ☐ Child ☐ Other:

2 Reimbursement details

Where would you like reimbursement to be sent?

☐ To the member (subscriber) ☐ To the provider

What payment details should we use to reimburse you?

☐ Use the Recurring Reimbursement Election (RRE) information currently on file

☐ Use the information provided in the Payment Details section below to establish an RRE, or update your current RRE

☐ Use the information provided in the Payment Details section below only for expenses related to this form

How should we process your reimbursement?

☐ By bank funds transfer from Aetna to the bank account given below. *This is the easiest way of reimbursement.*

☐ By check

What currency would you like to be reimbursed with, i.e. GBP?
If the currency chosen is not available for the reimbursement method selected above, we will default to a US Dollar ($) wire, if bank details are available, or a US Dollar ($) check payable to the party to which payment is sent, if no bank details exist.

Country:

Currency:

Reimbursement for Providers Outside of the U.S.

If, acting reasonably, we determine that any central bank or relevant government or governmental authority imposes an artificial exchange rate (including without limitation an exchange rate which is inconsistent with the free market exchange rate) in relation to a relevant currency for any reason, we may in our sole discretion reimburse you for your valid claims pursuant to this agreement for treatment in such country in any manner we may reasonably decide. In making such determination we shall seek to ensure that, in keeping with the fundamental basis of any contract of insurance, we indemnify you for your loss (subject to the terms and conditions of your policy) but do not unjustly enrich you as may have been the case had we applied such artificial exchange rate to pay you in another currency.

Aetna In-Network Providers Outside the U.S.

The manner of reimbursement may consist of payment in (i) the applicable local currency (if feasible at the sole discretion of Aetna), or (ii) if you do not have a bank account in such local currency, in the currency in which the policy premium was paid in an amount equal to that which we would have paid our **network provider** in the currency in which premium was paid pursuant to our obligations to such **network provider** (as we may reasonably determine), subject in each case to the principle of indemnity we mention above.

Out-of Network Providers Outside the U.S.

The manner of reimbursement may consist of payment in (i) the applicable local currency subject to the principle of indemnity we mention above (if feasible at the sole discretion of Aetna), or (ii) if you do not have a bank account in such local currency, in the currency in which the policy premium was paid in an amount equal to the applicable **Reasonable and Customary Charges**.

Payment details

If you have chosen to receive your benefits by bank transfer, please complete the details below.
We will transfer funds to your bank at no cost to you, but we encourage you to please check with your bank to determine whether your bank may charge you any additional fees for receiving Funds Transfers.

Name of Bank Accountholder (as it appears on Bank Statement)

Bank Account number

Bank Identification Code/Routing number or Alternative ID / Code

☐ S.W.I.F.T./BIC Code (wire only) ☐ CHIPS UID ☐ Federal ABA

☐ Bank Sort ID ☐ IBAN* ☐ Other**

(Please check with your bank to confirm any IBAN requirements, which, in certain countries, are mandatory and must be supplied for bank funds transfer claim payment transactions, such as in the United Arab Emirates (UAE).*

*** Use Other entry field to describe reported Alternative IDs or Codes such as Bank Code/Branch, RUT#, IFSC Code, KBA#*

Bank details

Bank name:

Street address:

City:

State/province:

Country:

Postal/ZIP code:

Telephone number *(include Area &/or Country Code)*:

Subscriber's Name (First Name, Middle Initial, Last Name/Surname)

3 Claim details

What type of service(s) are you filing a claim for? *Refer to your plan documents to verify the coverage(s) that are available through your Plan.*

☐ Medical ☐ Pharmacy ☐ Dental - please attach form GC-14423 (Identify the related tooth number for all dental procedures) ☐ Vision

Respond "Yes" or "No"

The claim is related to a work related accident or condition. ☐ Yes ☐ No

The claim is related to an accidental injury. ☐ Yes ☐ No

If you're submitting a claim for a work-related accident or condition, or an accidental injury, please give the details:

Date of accident (M M D D Y Y Y Y)

Time (H H M M) ☐ AM ☐ PM

How and where did the accident occur?

Please note:
Use the space below to summarize each instance of treatment you're filing a claim for. If you need to submit a claim for more than two instances, please also complete Page 3 and return it along with this form.

☐ Check here if only the Treatment Summaries below are included for this claim submission.

Treatment summary

Treatment date (M M D D Y Y Y Y)

Total charge (with currency)

Location of claim – Provider's name and address

City:

State/province:

Country:

Postal/ZIP code:

Description of service

i.e. type of treatment, name of medication/device

Reason for visit

Type of patient

☐ Inpatient ☐ Outpatient

If in patient...

What was the admit date? (M M D D Y Y Y Y)

And the discharge date? (M M D D Y Y Y Y)

Treatment summary

Treatment date (M M D D Y Y Y Y)

Total charge (with currency)

Location of claim – Provider's name and address

City:

State/province:

Country:

Postal/ZIP code:

Description of service

i.e. type of treatment, name of medication/device

Reason for visit

Type of patient

☐ Inpatient ☐ Outpatient

If in patient...

What was the admit date? (M M D D Y Y Y Y)

And the discharge date? (M M D D Y Y Y Y)

Subscriber's Name (First Name, Middle Initial, Last Name/Surname)

Please note:
Use the space below to summarize each instance of treatment you're filing a claim for. If you need to submit a claim for more than the two additional instances (below), please copy this page before you go any further and return any additional sheets along with this form.

Please renumber the Page Numbers of the additional copies beginning with Page 5.

Treatment summary

Treatment date (M M D D Y Y Y Y)

Total charge (with currency)

Location of claim – Provider's name and address

City:

State/province:

Country:

Postal/ZIP code:

Description of service

i.e. type of treatment, name of medication/device

Reason for visit

Type of patient

☐ Inpatient ☐ Outpatient

If in patient...

What was the admit date? (M M D D Y Y Y Y)

And the discharge date? (M M D D Y Y Y Y)

Treatment summary

Treatment date (M M D D Y Y Y Y)

Total charge (with currency)

Location of claim – Provider's name and address

City:

State/province:

Country:

Postal/ZIP code:

Description of service

i.e. type of treatment, name of medication/device

Reason for visit

Type of patient

☐ Inpatient ☐ Outpatient

If in patient...

What was the admit date? (M M D D Y Y Y Y)

And the discharge date? (M M D D Y Y Y Y)

Please Retain A Copy For Your Records

4 Other existing health coverage

Is anyone in your family covered by another health plan or scheme, Medicare, or any US Federal, US State, National or Social government plan?

☐ No →go straight to 5 (Authorization)

☐ Yes - please continue with this section

Name of insurance company or type of insurance

Name of family member

First name(s):

Last name/Surname:

Date of birth

Gender

☐ Male ☐ Female

Relationship to member

☐ Self ☐ Spouse ☐ Child ☐ Other:

5 Authorization

For all electronic deposits

I hereby authorize Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Aetna Life Insurance Company, and any of their affiliated companies ("Aetna") and/or their dedicated Agents to make payments of any benefits payable to me and/or my dependents, by crediting such payments to my account at the bank or financial institution named on this form. I agree to notify Aetna in writing of any changes relating to the information provided on this form or withdrawal of this authorization. I agree that if, for any reason, unearned benefit payments are deposited into my account, I will immediately repay the full amount of any such payments. I further agree that if I do not immediately repay such payments, I will personally be liable for all costs of collection (including reasonable attorney's fees and the maximum interest permitted by law).

Medical, pharmacy, dental and vision authorization

Must be signed and dated.

I authorize all physicians, other health professionals, pharmacies/ pharmacists, hospitals and health care institutions to provide Aetna and any independent parties acting on Aetna's behalf or with whom Aetna has contracted, information concerning health care, advice, treatment or supplies provided to the Patient (including that related to mental illness and/or AIDS/ARC/HIV). This information will be used for the purposes of evaluating and administering claims. Aetna may provide the employer named on this form with any benefit calculation used in the payment of this claim for the purpose of reviewing the experience and operation of the policy/contract. This authorization is valid for the term of the policy or contract under which a claim is submitted. I know I have a right to receive a copy of this authorization upon request and agree that a copy of this authorization is as valid as the original. Warning: it is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits if false information materially related to the claim was provided by the applicant.

You may elect to use an electronic form of signature on this claim form confirming your verification and declaration to the details given above. For the avoidance of doubt such electronic signature will be valid and binding as if you had provided your original signature. We may rely on such electronic signature as a binding verification and declaration confirming that the information above is accurate and not misleading in all respects.

Patient or Authorized Person's signature

Date Signed

Aetna companies cannot pay for health care services provided in a country under sanction by the United States unless permitted under a written Office of Foreign Asset Control (OFAC) license. Learn more on the US Treasury's website at: **www.treasury.gov/resource-center/sanctions**

Coverage underwritten by Aetna Life Insurance Company and/or Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.

Misrepresentation/Fraud Statement
Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.
United States Fraud Statements Below:
Attention Alabama Residents: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to restitution fines or confinement in prison, or any combination thereof. **Attention Arkansas, District of Columbia, Rhode Island and West Virginia Residents:** Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.
Attention California Residents: For your protection California law requires notice of the following to appear on this form: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison. **Attention Colorado Residents:** It is unlawful to knowingly provide false, incomplete, or misleading facts or information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to a policyholder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policyholder or claimant with regard to a settlement or award payable from insurance proceeds shall be reported to the Colorado division of insurance within the department of regulatory agencies. **Attention Florida Residents:** Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony of the third degree. **Attention Kansas Residents:** Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any insurance company or other person submits an enrollment form for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto may have violated state law. **Attention Kentucky Residents:** Any person who knowingly and with intent to **defraud** any insurance company or other person files a statement of claim containing any materially **false** information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a **crime**. **Attention Louisiana Residents:** Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison. **Attention Maine and Tennessee Residents:** It is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties may include imprisonment, fines, or denial of insurance benefits. **Attention Maryland Residents:** Any person who knowingly or willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly or willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison. **Attention Missouri Residents:** It is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines, denial of insurance and civil damages, as determined by a court of law. Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive an insurance company may be guilty of fraud as determined by a court of law. **Attention New Jersey Residents:** Any person who includes any false or misleading information on an application for an insurance policy or knowingly files a statement of claim containing any false or misleading information is subject to criminal and civil penalties. **Attention New York Residents:** Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each violation. **Attention North Carolina Residents:** Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which may be a crime and subjects such person to criminal and civil penalties. **Attention Ohio Residents:** Any person who, with intent to defraud or knowing that he is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement is guilty of insurance fraud. **Attention Oklahoma Residents:** WARNING: Any person who knowingly, and with intent to injure, defraud or deceive any insurer, makes any claim for the proceeds of an insurance policy containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony. **Attention Oregon Residents:** Any person who with intent to injure, defraud, or deceive any insurance company or other person submits an enrollment form for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto may have violated state law. **Attention Pennsylvania Residents:** Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties. **Attention Puerto Rico Residents:** Any person who knowingly and with the intention to defraud includes false information in an application for insurance or file, assist or abet in the filing of a fraudulent claim to obtain payment of a loss or other benefit, or files more than one claim for the same loss or damage, commits a felony and if found guilty shall be punished for each violation with a fine of no less than five thousand dollars ($5,000), not to exceed ten thousand dollars ($10,000); or imprisoned for a fixed term of three (3) years, or both. If aggravating circumstances exist, the fixed jail term may be increased to a maximum of five (5) years; and if mitigating circumstances are present, the jail term may be reduced to a minimum of two (2) years. **Attention Texas Residents:** Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any intentional misrepresentation of material fact or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto may commit a fraudulent insurance act, which may be a crime and may subject such person to criminal and civil penalties. **Attention Vermont Residents:** Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which may be a crime and may subject such person to criminal and civil penalties. **Attention Virginia Residents:** Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties. **Attention Washington Residents:** It is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines, and denial of insurance benefits.

For Plan Compliant with United States Federal Affordable Care Act (ACA) legislation
Aetna complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate, exclude or treat people differently based on their race, color, national origin, sex, age, or disability.

Aetna provides free aids/services to people with disabilities and to people who need language assistance.

If you need a qualified interpreter, written information in other formats, translation or other services, call the number on your ID card.

If you believe we have failed to provide these services or otherwise discriminated based on a protected class noted above, you can also file a grievance with the Civil Rights Coordinator by contacting:
Civil Rights Coordinator,
P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (CA HMO customers: PO Box 24030 Fresno, CA 93779),
1-800-648-7817, TTY: 711,
Fax: 859-425-3379 (CA HMO customers: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, available at https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, or at 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna is the brand name used for products and services provided by one or more of the Aetna group of subsidiary companies, including Aetna Life Insurance Company, Coventry Health Care plans and their affiliates (Aetna).

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)

aetna®

Transition Coverage Request

Personal and confidential

For Use on Behalf of Covered Aetna International Members Only

Fully insured commercial members in California should not use this form

Aetna International
Coverage underwritten by Aetna Life Insurance Company and Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.

On the other side of this form, you'll find answers to commonly asked questions about transition-of-care coverage. Please read them before filling out this form.

This is a request for Aetna to cover ongoing care at the highest level of benefits from:

- An **out-of-network doctor**
- A **doctor whose Aexcel,® or plan sponsor specific network status has changed**
- **Certain other health care providers** who have treated you

Once we review your completed form, we will send you a letter explaining our decision regarding your request for transition-of-care coverage.

Step 1: Fill out these sections:

1. Section 1 (Group or employer information)
2. Section 2 (Subscriber and patient information): Aetna plan information is on the front of the Aetna ID card.
3. Section 3 (Authorization): Read the authorization, then sign and date the form.

Step 2: Give the form to the doctor/health care provider to complete Section 4, including the diagnostic and treatment information requested on page 4.

Step 3: **Fax or mail** the completed form to Aetna for review. **Note**: Complete one form for each health care provider.

Note: A request for transition-of-care coverage **does not** apply if your provider is in Aetna's network (participating) or is part of your plan's highest benefit tier. Our DocFind® online provider directory is at **www.aetna.com**. It can tell you if your doctor is in the network or help you find a participating provider for your Aetna plan. You can also call us at the phone number on your Aetna ID card.

After your doctor fills out Section 4, mail or **fax** the completed form to:

Aetna International
Clinical Claims Management Unit
4630 Woodland Corp Blvd.
Tampa, FL 33614
Fax Number: 1-888-463-1309

Be sure to complete all fields on pages 3 and 4 before you submit this request form. It will speed up processing of your transition-of-care request.

Aetna transition-of-care coverage questions and answers

Q. What is transition-of-care (TOC) coverage?

A. TOC coverage is temporary coverage. You can receive TOC when you become a new member of an Aetna medical benefits plan or change your current Aetna medical plan, and you are being treated by a doctor who:

- Is not in the Aetna network
- Is not included in Aexcel, tier 1 (for tiered network plans) or plan sponsor specific networks, and your benefits change to include one of these networks

TOC coverage can also apply to you even if you do not change your current Aetna medical plan, but your treating doctor leaves the Aetna network or changes network status, which affects your benefits. TOC coverage is not for primary care physicians (PCPs) who are not in the Aetna network, except when the PCP leaves the Aetna network during your plan year and you are receiving treatment, or if certain laws or regulations apply. Approved TOC coverage allows a member who is receiving treatment to continue the treatment ***for a limited time*** at the highest plan benefits level.

TOC coverage is only for the requested doctor. Except in New York, TOC coverage does not include health care facilities, durable medical equipment (DME) vendors or pharmaceutical items (also see second question below). If the TOC coverage is approved, the doctor must use a health care facility, DME vendor or pharmacy vendor in the Aetna network. If you want to request coverage for a vendor or facility outside the Aetna network, call the Member Services phone number on your Aetna member ID card and ask for a nonparticipating request form.

Q What is an active course of treatment?

A. An active course of treatment means you have begun a program of planned services with your doctor to correct or treat a diagnosed condition. The start date is the first date of service or treatment. An active course of treatment covers a certain number of services or period of treatment for special situations. Some active course-of-treatment examples may include, but are not limited to:

- Members who enroll with Aetna after 20 weeks of pregnancy, unless there are specific state or plan requirements (Members less than 20 weeks pregnant whom Aetna confirms as high risk are reviewed on a case-by-case basis.)
- Members who have completed 14 weeks of pregnancy or more and are receiving care from an Aetna participating practitioner whose network status changes.
- Members in an ongoing treatment plan, such as chemotherapy or radiation therapy
- Members with a terminal illness who are expected to live six months or less
- Members who need more than one surgery, such as cleft palate repair
- Members who have recently had surgery
- Members who receive outpatient treatment for a mental illness or for substance abuse (The member must have had at least 1 treatment session within 30 days before the status of the member or the participating health care provider changed.)
- Members with an ongoing or disabling condition that suddenly gets worse
- Members who may need or have had an organ or bone marrow transplant

To be considered for TOC coverage, treatment must have started **before** the enrollment or re-enrollment date, or ***before*** the date your doctor left the Aetna network, or ***before*** the date a doctor's network status **changed**.

Q. What other types of providers, besides doctors, can be considered for TOC coverage?

A. This includes health care professionals such as physical therapists, occupational therapists, speech therapists and agencies that provide skilled home care services, such as visiting nurses. TOC is considered for participating hospitals only when the facility is not designated as a tier 1 facility for plans that include tiered networks. TOC does not apply to other health care facilities (for example, skilled nursing facility), DME vendors or pharmaceutical items.

Q. If I am currently receiving treatment from my doctor, why wouldn't my request for TOC coverage be approved?

A. If you are currently receiving treatment, the procedure or service must be a covered benefit. Your doctor must also agree to accept the terms outlined on the TOC request form.

Q. My PCP is no longer an Aetna provider. If my plan requires me to select a PCP, can I still see my doctor?

A. If you are currently receiving treatment, you may still be able to visit your PCP, even if he/she leaves the network. In all states, except Texas and New Jersey, you may need to select a PCP in the Aetna network. In Texas and New Jersey, TOC may apply to PCPs. Talk to your PCP so that he/she can help you with your future health care needs.

Q. How long does TOC coverage last?

A. Usually, TOC coverage lasts 90 days, but this may vary based on your condition (for example, pregnancy). We will tell you if your TOC coverage request is approved and how long the coverage will last.

Q. How do I sign up for TOC coverage?

A. Contact your employer or benefits department. You must submit a TOC request form to Aetna:

- Within 90 days of when you enroll or re-enroll
- Within 90 days of the date the health care provider left the Aetna network
- Within 90 days of a doctor's network status change

You or your doctor can send in the request form.

Q. How will I know if my request for TOC coverage is approved?

A. We will send you a letter via U.S. mail. The letter will say whether or not you are approved.

Q. Does TOC coverage apply to the Traditional Choice® or Medicare Advantage PPO ESA (extended service area) plans?

A. No.

Q. What if I have an Aexcel or plan sponsor specific network plan?

A. If TOC coverage is approved, you may still receive care at the highest benefits level for a certain time period. If you continue treatment with this doctor after the approved time period, your coverage would follow what is stated in your plan design. This means you may have reduced benefits or no benefits.

Q. What if I have more questions about TOC coverage?

A. Call the Member Services phone number on your Aetna ID card. If you have questions about TOC mental health services, you can call the Member Services phone number on your Aetna ID card or, if listed, the mental health or behavioral health number.

aetna®

Transition Coverage Request

Personal and confidential

Fully insured commercial members in California should not use this form

1. Group or employer information (Note: Complete a separate form for each member and/or provider.)

Group or employer's name (Please print)	Plan control number	Plan effective date **(Required)**

2. Subscriber and patient information

Subscriber's name (Please print)	Subscriber's Aetna ID number
Subscriber's address (Please print)	
Patient's name (Please print)	Birthdate *(MM/DD/YYYY)*
Patient's address (Please print)	Telephone number
	Plan type/product
Telephone number for patient/subscriber submitting request (Business hours, 9 a.m. – 5 p.m.)	Last date of treatment before beginning Aetna coverage (as applicable)

3. Authorization

I request approval for coverage of ongoing care from the health care provider named below for treatment started before my effective date with Aetna, or before the end of the provider's contract with the Aetna network, or before the provider's network status change. If approved, I understand that the authorization for coverage of services stated below will be valid for a certain period of time. I give permission for the health care provider to send any needed medical information and/or records to Aetna so a decision can be made.

Patient's signature (**Required** if patient is age 17 or older)	Date *(MM/DD/YYYY)*
Parent's signature (**Required** if patient is age 16 or younger)	Date *(MM/DD/YYYY)*

4. Provider information (Note: Provide all specific information to avoid delay in the processing of this request.)

Name of treating doctor or other health care provider (Please print)	Telephone number
Contact name of office personnel to call with questions	
Address of treating doctor or other health care provider (Please print)	Tax ID number
Signature of treating doctor or other health care provider	Date *(MM/DD/YYYY)*

The above-named patient is an Aetna member as of the effective date indicated above. We understand you are not or soon will not be a participating provider in the Aetna network. The patient has asked that we cover your care for a specific time period. This is because of a condition, such as pregnancy, that is considered an active course of treatment. An active course of treatment is defined as: "A program of planned services starting on the date the provider first renders a service to correct or treat the diagnosed condition and covering a defined number of services or period of treatment and includes a qualifying situation." Please include a brief statement of the patient's current condition and treatment plan. For pregnancies, please indicate the estimated date of confinement (EDC). If we approve this request, you agree:

- To provide the patient's treatment and follow-up
- Not to seek more payment from this patient other than the patient responsibility under the patient's plan of benefits (for example, patient's copayment, deductibles or other out-of-pocket requirements)
- To share information on the patient's treatment with us

You also agree to use the Aetna network for any referrals, lab work or hospitalizations for services not part of the requested treatment. In New York State, the provider completing the form may not be leaving the network, but may request continuing care to be provided by a hospital that is leaving the network.

aetna®

Transition Coverage Request

Personal and confidential

Fully insured commercial members in California should not use this form

Patient's name (Please print)	Birthdate *(MM/DD/YYYY)*

Provider: Please complete the diagnostic and treatment information below describing the active course of treatment.

Description of all medical and behavioral health-related diagnoses (for example, pregnancy, cancer, depression, post-operative). Include all ICD codes:	Description of all treatment and procedures. Include all CPT codes:	Date of original surgery, if applicable:	Date care was initiated:	Dates of current treatment: *(Please provide copies of medical records from the last office visit.)*	Number of additional visits needed : *(For pregnancy, please include **EDC**.)*

Misrepresentation

Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

United States Fraud Statements Below:

Attention Alabama Residents: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to restitution fines or confinement in prison, or any combination thereof.

Attention Arkansas, District of Columbia, Rhode Island and West Virginia Residents: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

Attention California Residents: For your protection California law requires notice of the following to appear on this form: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

Attention Colorado Residents: It is unlawful to knowingly provide false, incomplete, or misleading facts or information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to a policyholder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policyholder or claimant with regard to a settlement or award payable from insurance proceeds shall be reported to the Colorado division of insurance within the department of regulatory agencies.

Attention Florida Residents: Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony of the third degree.

Attention Kansas Residents: Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any insurance company or other person submits an enrollment form for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto may have violated state law.

Attention Kentucky Residents: Any person who knowingly and with intent to **defraud** any insurance company or other person files a statement of claim containing any materially **false** information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a **crime**.

Attention Louisiana Residents: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

Attention Maine and Tennessee Residents: It is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties may include imprisonment, fines, or denial of insurance benefits.

Attention Maryland Residents: Any person who knowingly or willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly or willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

Attention Missouri Residents: It is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines, denial of insurance and civil damages, as determined by a court of law. Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive an insurance company may be guilty of fraud as determined by a court of law.

Attention New Jersey Residents: Any person who includes any false or misleading information on an application for an insurance policy or knowingly files a statement of claim containing any false or misleading information is subject to criminal and civil penalties.

Attention New York Residents: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall be subject to a civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each violation.

Attention North Carolina Residents: Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which may be a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

Attention Ohio Residents: Any person who, with intent to defraud or knowing that he is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement is guilty of insurance fraud.

Attention Oklahoma Residents: WARNING: Any person who knowingly, and with intent to injure, defraud or deceive any insurer, makes any claim for the proceeds of an insurance policy containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony.

Attention Oregon Residents: Any person who with intent to injure, defraud, or deceive any insurance company or other person submits an enrollment form for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto may have violated state law.

Attention Pennsylvania Residents: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

Attention Puerto Rico Residents: Any person who knowingly and with the intention to defraud includes false information in an application for insurance or file, assist or abet in the filing of a fraudulent claim to obtain payment of a loss or other benefit, or files more than one claim for the same loss or damage, commits a felony and if found guilty shall be punished for each violation with a fine of no less than five thousand dollars ($5,000), not to exceed ten thousand dollars ($10,000); or imprisoned for a fixed term of three (3) years, or both. If aggravating circumstances exist, the fixed jail term may be increased to a maximum of five (5) years; and if mitigating circumstances are present, the jail term may be reduced to a minimum of two (2) years.

Attention Texas Residents: Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any intentional misrepresentation of material fact or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto may commit a fraudulent insurance act, which may be a crime and may subject such person to criminal and civil penalties.

Attention Vermont Residents: Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which may be a crime and may subject such person to criminal and civil penalties.

Attention Virginia Residents: Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

Attention Washington Residents: It is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines, and denial of insurance benefits.

Aetna International
151 Farmington Ave RE4K
Hartford, CT 06156
+1 (888) 633-1055

Para todos los miembros del Grupo BID:

¡Bienvenidos a Aetna International! A partir del 1 de julio de 2018, tendremos el orgullo de ser los administradores de los planes de beneficios médicos, odontológicos y oftalmológicos del Grupo del Banco Interamericano de Desarrollo. Nuestro objetivo es lograr que esta transición sea lo más sencilla posible y ayudarlos a aprovechar al máximo sus beneficios. En esta carta presentamos información importante para ayudarlos a comenzar.

Tarjetas de identificación
Hace poco recibieron o pronto recibirán dos tarjetas de identificación por correo de parte de Aetna International: una para los servicios médicos y odontológicos y otra para los servicios oftalmológicos. A partir del 1 de julio de 2018, deberán presentar estas tarjetas cada vez que reciban la atención de los proveedores pertenecientes a la red de Aetna con el fin de verificar que son miembros del Grupo BID. También deberán tener las tarjetas a mano cuando se registren en el sitio web seguro para miembros de Aetna (Health Hub) o llamen al Centro de Servicios para Miembros de Aetna International. En esta carta encontrarán más información sobre cómo acceder al Health Hub, que se activará el 1 de julio.

Cuando consulten a médicos, odontólogos y otros proveedores de la red de Aetna Open Choice PPO a partir del 1 de julio, es importante que presenten sus nuevas tarjetas de identificación, de manera que sus proveedores puedan actualizar sus registros, tramitar correctamente sus reclamos y cobrarles el coseguro correspondiente por los servicios que reciban. Los participantes de Medicare de EE. UU. deben presentar la tarjeta de identificación de Aetna e informarles a sus proveedores que Aetna ha reemplazado a Cigna y ahora es el responsable secundario. Tengan en cuenta que antes del 1 de julio, deberán seguir utilizando sus tarjetas de identificación de Cigna.

Acceso a una amplia red de proveedores
La red de Aetna Open Choice PPO tiene una gran cantidad de proveedores que usted puede elegir, lo cual resulta práctico y redunda en pocos gastos de bolsillo, ya que se reduce la necesidad de buscar profesionales fuera de la red. Por ser miembros del Grupo BID, tendrán acceso a la red de Aetna, integrada por 1.3 millones de proveedores (1.15 millones en Estados Unidos y 165.000 en el resto del mundo). Pueden encontrar proveedores de la red utilizando el sitio web Health Hub de Aetna, www.aetnainternational.com o llamando al número que está en su tarjeta de identificación de Aetna. También pueden encontrar proveedores de la red utilizando la aplicación móvil Aetna International Mobile Assistant. En esta carta figuran más detalles sobre cómo acceder a ese recurso.

Herramientas en línea/móviles personalizadas
Mediante Aetna International, tendrán acceso a un mundo de herramientas y recursos personalizados que pueden utilizar para consultar información y realizar muchas tareas en línea o en su dispositivo móvil. Pueden usar Health Hub, el sitio web seguro para miembros, o la aplicación móvil Aetna International Mobile Assistant, para ver los documentos de su plan, encontrar médicos y hospitales cercanos, presentar reclamos, hacer seguimiento de ellos, y mucho más.

A partir del 1 de julio, deben registrarse en el Aetna Health Hub, el sitio web seguro para miembros. El sitio les brindará una serie de herramientas que pueden aprovechar. Con tan solo unos pasos, pueden registrarse en www.aetnainternational.com, haciendo clic en “Register now” (Registrarse ahora) en la sección “Log in” (Iniciar sesión). Deberán seleccionar su tipo de plan (“Aetna International Plan Member”) e ingresar su nombre y fecha de nacimiento y el número que figura en su tarjeta de identificación.

Una vez que se hayan registrado, podrán usar Health Hub para lo siguiente:

- Presentar reclamos y hacer seguimiento de su estado.
- Acceder a detalles sobre los beneficios.
- Ver e imprimir tarjetas de identificación provisorias o solicitar una tarjeta de repuesto.
- Buscar proveedores en EE. UU. y en otros países cuando viajen.

Si tienen un dispositivo móvil, también pueden descargar la aplicación Aetna International Mobile Assistant, que les permitirá acceder a sus beneficios fácilmente en cualquier lugar. Para comenzar, pueden buscar “Aetna International” en las tiendas de App Store o Google Play. La aplicación se puede descargar de forma gratuita y está disponible tanto para teléfonos o tabletas Apple como Android, respectivamente.

La aplicación Aetna International Mobile Assistant toma las funciones importantes del sitio web seguro para miembros y las reúne en un formato móvil fácil de usar.

Pueden utilizar la aplicación para lo siguiente:

- Presentar reclamos
- Verificar el estado de los reclamos
- Buscar proveedores y solicitar instrucciones para llegar a sus consultorios.

Acceso a la atención médica
Antes de recibir atención médica u odontológica, comprueben que su proveedor pertenezca a la red consultando el sitio web Health Hub de Aetna, www.aetnainternational.com, o llamando al número que figura en su tarjeta de identificación de Aetna. Para buscar un proveedor de beneficios oftalmológicos perteneciente a la red, visiten www.aetnavision.com y sigan las instrucciones que figuran en su tarjeta de identificación de Aetna para servicios oftalmológicos.

Si prefieren consultar a un proveedor que no pertenece a la red, deberán pagar los servicios que reciban y presentar un reclamo para solicitar el reembolso de los gastos. El formulario de reclamo necesario se puede encontrar haciendo clic en "View Documents" (Ver documentos) en la pestaña "My Plan and Me" (Mi plan y yo) de Health Hub, y en esta carta incluimos un ejemplar de muestra. Pueden solicitar su reembolso por depósito electrónico directo en su cuenta bancaria luego de ingresar sus datos bancarios en su perfil de Health Hub o, si lo prefieren, pueden solicitar que les enviemos un cheque por correo. Su reembolso reflejará cualquier deducible no aplicado (si corresponde) y el monto de responsabilidad de coseguro de miembro hasta los gastos de bolsillo máximos del plan.

En ciertos casos, es posible que los proveedores que no pertenecen a la red (por ejemplo, médicos, clínicas ambulatorias y centros de cirugía, centros de infusión y centros de diagnóstico por imágenes) no acepten la tarifa razonable y habitual del tipo de servicio que ofrecen. Eso quiere decir que, en esos casos, el proveedor puede facturarles la diferencia entre lo que su plan cubre en materia de distintos tipos de servicios que no pertenecen a la red y el importe total de la factura. Ese procedimiento se denomina "facturar el saldo por la diferencia". También tendría que pagar el coseguro del 20% para beneficios fuera de la red y cualquier deducible no aplicado. Además, obsérvese que esos montos no cuentan para el gasto máximo de bolsillo conforme al plan. A fin de evitar cargos inesperados, es muy importante que, antes de recibir atención, consulten a los proveedores no pertenecientes a la red sobre el precio que cobrarán por todos los servicios prestados, el monto que cubrirá el plan y si les facturarán el saldo por la diferencia, en particular en centros que realizan cirugías ambulatorias y procedimientos como colonoscopías periódicas. Alternativamente, mediante el uso de un proveedor perteneciente a la red, nunca correrá el riesgo de que le "facturen para cobrar el saldo".

Acceso a atención médica fuera de EE. UU.
Si viajan fuera de EE. UU. y necesitan atención médica, pueden buscar médicos u hospitales de la red de Aetna mediante el sitio web Health Hub de Aetna, www.aetnainternational.com. Aetna International tiene proveedores asociados o de la red en más de 200 países.

En una situación de urgencia, deben recurrir directamente al médico u hospital más adecuado y comunicarse con Aetna International lo antes posible llamando a los números de teléfono que figuran en la parte posterior de su tarjeta de identificación. De ser necesario, un miembro de la familia u otro representante puede comunicarse con Aetna en su nombre.

En una situación no urgente, si optan por consultar a un proveedor que no pertenezca a la red regional de Aetna o a un proveedor asociado con Aetna International, pueden solicitar por única vez una Carta de Autorización (Letter of Authorization, LOA), también denominada Garantía de Pago (Guarantee of Payment, GOP), antes de recibir los servicios. Para ello, deben llamar al número que figura en su tarjeta de identificación, iniciar sesión en el sitio Health Hub de Aetna International o usar la aplicación Aetna Mobile Assistant. Si el proveedor lo acepta, éste enviará una factura a Aetna por los servicios que usted reciba. Si no están seguros de si un proveedor pertenece a la red o no, pueden solicitar una LOA para saber con antelación si el proveedor le facturará los servicios a Aetna o si tendrán que pagar ustedes y luego presentar un reclamo.

Ustedes también pueden optar por pagar los servicios y luego presentar un reclamo para recibir el reembolso de los gastos, como se detalla en otra sección de esta carta. Al presentar un reclamo por servicios recibidos en el exterior, deben contar con una factura totalmente pormenorizada o un recibo detallado. Dicha factura o recibo debe incluir el nombre del paciente; el nombre, la dirección y el número de teléfono del proveedor; la fecha de servicio; el importe cobrado; el diagnóstico o la naturaleza de la enfermedad, y los procedimientos médicos realizados (visita al consultorio, al laboratorio, una cirugía, etc.). Muchos proveedores fuera de EE. UU. no proporcionan los detalles suficientes en sus facturas. Por lo tanto, para que su reclamo sea procesado rápidamente, asegúrese de que la información anterior esté completa.

Si necesitan atención oftalmológica u odontológica al viajar fuera de EE. UU., deberán pagar los servicios recibidos y presentar un reclamo, ya que no contamos con redes oftalmológicas ni odontológicas fuera de EE. UU.

Si necesitan un medicamento recetado fuera de EE. UU., deben pagar la receta y presentar un reclamo ante Aetna para recibir el reembolso de los gastos (en ese caso, no deben presentar un reclamo ante Express Scripts). Si presentan un reclamo por un medicamento recetado nuevo, el reclamo debe corresponderse con una consulta médica en la que se haya recetado el medicamento. No es necesario que presenten la tarjeta de identificación de Aetna para comprar medicamentos recetados en el exterior, ya que no contamos con red de farmacias. Pueden comprar sus medicamentos recetados en cualquier farmacia que elijan. Se le reembolsará el costo de la receta menos el copago de $5,00 aplicable a las recetas internacionales. Para recibir

un reembolso por medicamentos recetados comprados fuera de EE. UU., utilicen el proceso de reembolso de reclamos de Aetna detallado en otra sección de esta carta.

Presentación de reclamos
Si necesitan presentar un reclamo por servicios recibidos fuera de la red, pueden hacerlo por fax o por correo postal, en línea mediante el sitio Health Hub (www.aetnainternational.com) o a través de la aplicación Aetna International Mobile Assistant. Aetna tiene un solo formulario de reclamaos para todos los servicios: médicos, odontológicos, oftalmológicos y farmacéuticos (donde corresponda). Para su información, adjuntamos a esta carta un ejemplar de muestra del formulario de reclamos. Tengan en cuenta que no deben tomar ninguna medida inmediata con el formulario. A continuación, explicamos cómo acceder a él en línea cuando deban presentar un reclamo.

Estas son algunas sugerencias para facilitar el proceso de reclamo:
- Todos los reclamos se deben presentar antes del 30 de junio del año siguiente a la fecha del servicio, excepto en este año de transición, como se explica aquí.
- Comprueben que tengan todos los documentos necesarios, por ejemplo, los recibos originales, escaneados o fotografiados, según corresponda por el método de reclamo utilizado, y los certificados e informes pertinentes.
- Conserven copias de sus recibos y otros documentos justificativos para los reclamos por si se necesitan para realizar verificaciones.
- Incluyan su número de identificación en cada documento presentado con el formulario de reclamos.
- Describan detalladamente el servicio y el motivo de la consulta.

¿Cómo presentar un reclamo?
Cuando tengan todo preparado para presentar su reclamo, simplemente inicien sesión en Health Hub desde su computadora, teléfono inteligente o tableta.
1. Hagan clic en "*My Claims*" (Mis reclamos) y seleccionen "*New claim*" (Nuevo reclamo).
2. Completen todos los campos obligatorios del formulario de reclamos en línea. Si su perfil lo permite, el sistema de reclamos completará automáticamente una parte de la información. Verifiquen la exactitud de los datos y, si es necesario, actualicen su perfil.
3. Escaneen o fotografíen y carguen sus recibos u otros documentos.
4. Envíen su reclamo.
5. Conserven el número de referencia del reclamo para realizar el seguimiento del caso.

Una vez presentado un reclamo, podrán encontrarlo en la sección del historial en línea del centro de reclamos por si necesitan hacer consultas.

También es muy simple presentar otros reclamos para el mismo proveedor. La función "*Modify*" (Modificar) permite emplear la información del reclamo anterior para presentar otro reclamo.

Prácticas opciones de reembolso
Aetna ofrece varios métodos de pago con el fin de que puedan elegir el más práctico para recibir sus reembolsos. Pueden optar por recibir los reembolsos por cheque, transferencia o depósito electrónico en una cuenta bancaria de EE. UU. o del país en el que residen actualmente. Aetna no les cobrará los gastos de transferencia, pero deben consultar con su institución financiera para ver si cobra algún tipo de cargo de tramitación.

Los reclamos por servicios recibidos antes del 1 de julio de 2018 se deben presentar ante Cigna, su administrador anterior, y todos los reclamos correspondientes a ese período deben presentarse antes del 31 de diciembre de 2018. Los reclamos por servicios recibidos a partir del 1 de julio de 2018 serán tramitados por Aetna, y pueden presentar reclamos por servicios recibidos después del 1 de julio de 2018 hasta el 30 de junio de 2019. A partir del 1 de julio de 2018, tienen hasta el 30 de junio del año siguiente para presentar cualquier reclamo ante Aetna, como se indica en el Manual del Programa de Beneficios Médicos.

Deben organizarse para comprar los medicamentos recetados dentro de su ciclo normal de renovación de recetas, a fin de asegurarse de contar con todos los medicamentos que necesiten durante la transición. Si tienen una receta que no se puede volver a dispensar o corresponde a una sustancia controlada, deben solicitarle otra receta a su médico. Recibirán información de Express Scripts con instrucciones sobre cómo solicitar recetas nuevas si es necesario.

Otros servicios

Programa de Asistencia para Empleados (EAP) para el personal y los jubilados
El personal activo y los jubilados ahora tendrán acceso al Programa de Asistencia para Empleados (Employee Assistance Program, EAP) de Aetna. Este servicio está a su disposición sin costo adicional y no requiere copago. Ustedes y su familia tendrán acceso a un servicio de asistencia gratuito y confidencial para cualquier problema laboral, personal, familiar o de vida, todos los días y en cualquier momento. Pueden obtener asistencia inmediata por teléfono o solicitar información sobre terapeutas locales. Los representantes del EAP también pueden remitirlos a recursos locales, por ejemplo, abogados y

profesionales financieros, entre otros. Aetna brinda asistencia mundial gratuita las 24 horas de todos los días del año a los miembros del Grupo BID, a saber:

- Hasta 5 sesiones de terapia por problema, por año
- Asistencia y recursos en el idioma que ustedes elijan
- Información discrecional que no se comparte con su empleador, ni el empleador anterior (en el caso de los jubilados) ni el patrocinador del plan

Para obtener más información, llamen al Centro de Servicios para Miembros al número que figura en la parte posterior de su tarjeta de identificación, o inicien sesión en su cuenta de Health Hub, en www.aetnainternational.com.

Programa de Asistencia Urgente
Si tienen una urgencia médica grave durante un viaje fuera de EE. UU., pueden recibir ayuda inmediata con el Programa de Asistencia Urgente de Aetna. El Programa de Asistencia Urgente les brinda acceso a un único equipo internacional que se encarga de la autorización previa urgente de los casos hospitalarios, los casos ambulatorios y la organización de la evacuación médica por ambulancia terrestre si es necesario. El equipo de enfermeros y médicos de Aetna tendrá contacto directo con los médicos locales, lo cual les permitirá aprovechar la pericia operativa y los profundos conocimientos de los recursos de salud locales, a fin de brindarles acceso rápido a los servicios que puedan necesitar.

Para acceder al Programa de Asistencia Urgente, comuníquense con el Centro de Servicios para Miembros de Aetna International llamando al número de teléfono de urgencias que está en la parte posterior de su tarjeta de identificación.

Transición de atención médica
Si bien la red de Aetna es amplia y la mayoría de los proveedores locales forman parte de la red, en el caso de que reciban un tratamiento que comenzó antes del 1 de julio de 2018 de parte de proveedores que pertenecen a la red de Cigna, pero no pertenecen a la red de Aetna, deben presentar un formulario de transición de atención médica ante Aetna para que la atención siga contando con la cobertura a costo de la red. El formulario se encuentra en www.aetnainternational.com y también adjuntamos un ejemplar a esta carta para su información. Cualquier miembro que tenga inquietudes sobre la transición de su atención médica actual puede presentar este formulario. Los siguientes son algunos ejemplos habituales de programas de tratamiento en los cuales la transición de la atención médica es importante:

- Planes de tratamiento con quimioterapia o radioterapia
- Atención ambulatoria para pacientes con enfermedades mentales o drogadicción
- Embarazo
- Cirugías
- Enfermedades terminales

¡Importante! Si presentan un formulario de transición de atención ante Aetna, deben hacerlo dentro de un plazo de 90 días a partir del 1 de julio de 2018.

¿Necesita más ayuda?
Si tienen alguna pregunta sobre sus beneficios médicos, odontológicos u oftalmológicos en cualquier parte del mundo, comuníquense con:

Aetna International
Teléfono: +1 (888) 633-1055.
Correo electrónico: iadbservice@aetna.com

Además, hay una lista de preguntas frecuentes que pueden consultar en los siguientes sitios:

- Intranet de HRD para el personal (en inglés): **https://idbg.sharepoint.com/sites/HRD/en/Pages/compensation/Medical%20Benefits%20Program.aspx**
- Intranet de HRD para el personal (en español): **https://idbg.sharepoint.com/sites/HRD/es/Pages/compensation/Medical%20Benefits%20Program.aspx**
- Portal de Jubilados del Grupo BID (en inglés): **https://www.iadb.org/en/retirees**
- Portal de Jubilados del Grupo BID (en español): **https://www.iadb.org/es/retirees/home%2C17924.html**

Aetna International

Apple, el logotipo de Apple y iPhone son marcas comerciales de Apple Inc. y están registradas en EE. UU. y otros países. App Store es una marca de servicio de Apple Inc.

Google Play y los logotipos de Google Play son marcas comerciales de Google LLC.

Aetna® es una marca comercial de Aetna Inc. y está protegida en todo el mundo por registros y tratados de marcas comerciales.

¿Tiene preguntas?
Sabemos que usted puede tener preguntas y siempre estamos aquí para ayudarlo. Llámenos en cualquier momento al número de teléfono que aparece al dorso de su tarjeta de identificación (ID) de Aetna.

También puede enviarnos un correo electrónico seguro al iniciar sesión en **www.aetnainternational.com** y hacer clic en "Contact Us" (Contáctenos).

aetna®

Fácil presentación de reclamos

Este formulario se puede utilizar para presentar reclamos de servicios médicos, dentales, de visión o de farmacia.

Si está presentando un reclamo para más de una persona, necesita completar un formulario por separado para cada miembro de la familia.

Cómo Completar este Formulario

- Complete todo el formulario usando tinta negra.
- Donde corresponda, marque sus respuestas colocando una cruz: ☒
- Asegúrese de que los detalles de su pago sean precisos.
- Firme y ponga la fecha en la autorización.
- Escriba su número de identificación de miembro en cada documento que presente con su formulario de reclamo.
- Mantenga una copia del formulario completado para sus archivos.

Presentando sus reclamos

Cuando haya completado su formulario de reclamo, tendrá que presentarlo junto con las facturas y los recibos detallados. Si los recibos son pequeños, debe pegarlos en una hoja de papel. Luego, presente los documentos de la manera que prefiera. Procesaremos su reclamo y le responderemos dentro de 10 a 14 días calendario.

- **Suba su formulario***
  Ingrese en www.aetnainternational.com y haga clic en "Claims Center" (Centro de Reclamos).
- **Envíelo por fax**
  Fuera de los EE. UU.: +1-800-475-8751 (vía AT&T + código de acceso)
  Dentro de los EE.UU.: +1 859 425 3363
- **Envíelo por correo electrónico***
  Envíe documentos adjuntos a aiservice@aetna.com.
- **Envíelo por correo postal**
  Aetna International/Aetna. PO Box 981543, El Paso, TX 79998-1543, USA

Para saber el estado de un reclamo o solicitar servicios, llame a los siguientes números:
Fuera de los EE. UU.: +1-800-231-7729 (vía AT&T + código de acceso)
Por cobrar fuera de los EE. UU. o directo:+1-813-775-0190

** El límite de tamaño de los archivos adjuntos es de 10 MB.*

Algunos servicios pueden requerir información adicional

Para algunos servicios, puede necesitar presentar documentos adicionales. Si su reclamo entra en una de las siguientes categorías, usted tendrá que presentar los detalles adicionales que se enumeran a continuación.

Servicios protésicos (como coronas, puentes o dentaduras postizas):

- Radiografías (o el informe del dentista si no tiene las radiografías).
- Un odontograma que indique los dientes faltantes y las fechas de extracción.
- Fecha de colocación de prótesis anterior con el motivo para el reemplazo, si corresponde.

Servicios de periodoncia:

- Radiografías.
- Registro periodontal actualizado preoperatorio.

Servicios de ortodoncia:

- Fecha en que el dispositivo fue colocado.
- Número de meses de tratamiento.
- Número de meses restantes de tratamiento.

Servicios relacionados con lesiones accidentales:

- Radiografías de tratamiento anterior.
- Detalles del accidente.

Si su plan requiere asistencia escolar como condición para la cobertura para dependientes de más de una edad determinada, usted debe presentar lo siguiente:

- Libreta de calificaciones, estado de cuotas o cualquier documento que verifique la asistencia escolar.

Nombre del Suscriptor (Nombre, Inicial, Apellido)

1 Información personal

Sobre el miembro (solicitante)

Nombre completo (tal como aparece en la tarjeta de identificación de Aetna)

Nombre(s):

Apellido:

Número de identificación (ID) de Aetna (tal como aparece en su tarjeta de identificación de Aetna)

Fecha de nacimiento

Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

Información de contacto

Teléfono *(incluya código de área o país)*:

Dirección de correo electrónico:

Dirección

Dirección completa:

Ciudad:

Estado/provincia:

País:

Código postal:

Sobre el empleador

Nombre

Número de grupo

Sobre el paciente

Nombre

Nombre(s):

Apellido:

Fecha de nacimiento

Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

Relación con el miembro

☐ Empleado ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a ☐ Otra:

2 Datos para reembolso

¿A dónde quisiera que le enviemos el reembolso?

- ☐ Al miembro (solicitante)
- ☐ Al proveedor

¿Qué datos de pago debemos utilizar para reembolsarle el dinero?

- ☐ Utilice la información de RRE (*Recurring Reimbursement Election*, Opción de Reembolso Recurrente) que se encuentra actualmente en el archivo.
- ☐ Utilice la información suministrada en la sección "Detalles de pago" más abajo para establecer una RRE o para actualizar su RRE actual.
- ☐ Utilice la información suministrada en la sección Detalles de Pago más abajo solamente para los pagos relacionados con este formulario.

¿Cómo debemos procesar su reembolso?

- ☐ Por medio de una transferencia bancaria de fondos, de Aetna a la cuenta bancaria que figura a continuación.
  Esta es la forma más fácil de reembolso.
- ☐ Por cheque

¿En qué moneda le gustaría que le reembolsemos el dinero, p. ej., GBP?
Si la moneda seleccionada no se encuentra disponible en el método de reembolso que eligió anteriormente, le enviaremos el dinero en dólares estadounidenses (USD), si los datos bancarios están disponible, o un cheque en dólares estadounidenses (USD) pagadero a la parte a la que se le envía el pago, si los datos bancarios no existen.

País:

Moneda:

Reembolso para los proveedores que se encuentran fuera de los Estados Unidos

Si, de manera razonable, determinamos que algún banco central o gobierno o autoridad gubernamental pertinente impone un tipo de cambio artificial (incluido, entre otros, un tipo de cambio que no es compatible con el tipo de cambio libre del mercado) en relación con una moneda correspondiente y por cualquier motivo, podremos, a nuestra absoluta discreción, reembolsarle los reclamos válidos en virtud de este acuerdo para su procesamiento en ese país como lo decidamos de manera razonable. Al tomar dicha determinación, procuraremos garantizarle, de acuerdo con los fundamentos básicos de los contratos de seguro, una indemnización por su pérdida (sujeta a los términos y condiciones de su póliza). No obstante, no le reembolsaremos injustamente un monto mayor, como podría ser el caso si aplicáramos un tipo de cambio artificial para efectuar el pago en otra moneda.

Proveedores de la red de Aetna fuera de los Estados Unidos

La forma de reembolso puede consistir en el pago (i) en la moneda local correspondiente (si es viable y a la absoluta discreción de Aetna) o, (ii) si usted no tiene una cuenta bancaria en la moneda local, en la divisa en la se haya pagado la prima de la póliza y por un monto equivalente al que le hubiéramos pagado a nuestro **proveedor de la red**, en la moneda en la que se pagó la prima de acuerdo con nuestras obligaciones con dicho **proveedor de la red** (como determinemos de manera razonable), sujeto en cada caso al principio de indemnización que se mencionó anteriormente.

Proveedores fuera de la red que se encuentran fuera de los Estados Unidos

La forma de reembolso puede consistir en el pago (i) en la moneda local correspondiente, sujeto al principio de indemnización que se mencionó anteriormente (si es viable y a la absoluta discreción de Aetna) o, (ii) si usted no tiene una cuenta bancaria en la moneda local, en la moneda en la se haya pagado la prima de la póliza por un monto equivalente a las **tarifas razonables y acostumbradas** correspondientes.

Detalles de pago

Si ha elegido recibir sus beneficios por transferencia bancaria, por favor complete los detalles que figuran a continuación.
Le transferiremos los fondos a su cuenta bancaria sin costo alguno para usted, pero le recomendamos consultar en su banco si le cobrarán una tarifa adicional por recibir fondos vía transferencia.

Nombre del titular de la cuenta (tal cual aparece en el resumen de cuenta bancario)

Número de la cuenta bancaria

Código de identificación bancaria/Número de ruta o ID/Código alternativos

☐ Código S.W.I.F.T./BIC (solo transferencias)

☐ CHIPS UID ☐ ABA federal

☐ ID del banco ☐ IBAN* ☐ Otro**

(Por favor consulte en su banco si tienen requisitos de IBAN que, en algunos países, son obligatorios y deben cumplirse para las transacciones de pago de reclamos vía transferencia bancaria de fondos, como en los Emiratos Árabes Unidos.*

*** Utilice el campo "Otro" para describir las ID o códigos alternativos indicados, como código/sucursal del banco, n.º RUT, código IFSC, n.º KBA.*

Datos bancarios

Nombre del banco:

Dirección completa:

Ciudad:

Estado/provincia:

País:

Código postal:

Teléfono *(incluya código de área o país)*

Conserve una copia para sus registros.

Nombre del suscriptor (nombre, inicial, apellido)

3 Información detallada del reclamo

¿Por qué tipo de servicio presenta el reclamo? *Consulte los documentos del plan para verificar qué coberturas están disponibles a través del plan.*

☐ Médico ☐ De farmacia ☐ Dental (adjunte el formulario GC-14423) ☐ De visión
(Identifique el número de diente relacionado para todos los procedimientos dentales).

Responda "Sí" o "No"

El reclamo se relaciona con un accidente o una enfermedad laborales. ☐ Sí ☐ No

El reclamo se relaciona con una lesión accidental. ☐ Sí ☐ No

Si presenta un reclamo por un accidente laboral o enfermedad relacionada, o por una lesión accidental, brinde los siguientes detalles:

Fecha del accidente (M M D D A A A A) Hora (H H M M) ☐ a.m. ☐ p.m.

¿Cómo y dónde ocurrió el accidente?

Tenga en cuenta lo siguiente:
Use el espacio que aparece a continuación para resumir cada tratamiento por el cual usted presenta el reclamo. Si necesita presentar un reclamo para más de dos tratamientos, también complete la página 3 y entréguela con este formulario.

☐ Marque aquí si solo se incluyen los resúmenes de tratamiento que figuran más abajo.

Resumen del tratamiento

Fecha del tratamiento (M M D D A A A A) Cargo total (especificar moneda)

Lugar del reclamo – Nombre y dirección del proveedor

Ciudad:

Estado/provincia:

País:

Código postal:

Descripción del servicio
es decir, tipo de tratamiento, nombre del medicamento/dispositivo

Motivo de la visita

Tipo de paciente
☐ Internado ☐ Ambulatorio

En caso de internación...
¿Cuál fue la fecha de admisión? (M M D D A A A A) ¿Cuál fue la fecha de alta? (M M D D A A A A)

Resumen del tratamiento

Fecha del tratamiento (M M D D A A A A) Cargo total (especificar moneda)

Lugar del reclamo – Nombre y dirección del proveedor

Ciudad:

Estado/provincia:

País:

Código postal:

Descripción del servicio
es decir, tipo de tratamiento, nombre del medicamento/dispositivo

Motivo de la visita

Tipo de paciente
☐ Internado ☐ Ambulatorio

En caso de internación...
¿Cuál fue la fecha de admisión? (M M D D A A A A) ¿Cuál fue la fecha de alta? (M M D D A A A A)

Conserve una copia para sus registros.

Tenga en cuenta lo siguiente:

Use el espacio que aparece a continuación para resumir cada tratamiento por el cual usted presenta el reclamo. Si necesita presentar un reclamo para más de los dos tratamientos adicionales (que figuran abajo), haga copias de esta página antes de seguir completando y entregue todas las hojas adicionales con este formulario. Ponga número de página a las copias adicionales, comience por la página 5.

Resumen del tratamiento

Fecha del tratamiento (M M D D A A A A)

Cargo total (especificar moneda)

Lugar del reclamo – Nombre y dirección del proveedor

Ciudad:

Estado/provincia:

País:

Código postal:

Descripción del servicio

es decir, tipo de tratamiento, nombre del medicamento/dispositivo

Motivo de la visita

Tipo de paciente

☐ Internado ☐ Ambulatorio

En caso de internación...

¿Cuál fue la fecha de admisión? (M M D D A A A A)

¿Cuál fue la fecha de alta? (M M D D A A A A)

Resumen del tratamiento

Fecha del tratamiento (M M D D A A A A)

Cargo total (especificar moneda)

Lugar del reclamo – Nombre y dirección del proveedor

Ciudad:

Estado/provincia:

País:

Código postal:

Descripción del servicio

es decir, tipo de tratamiento, nombre del medicamento/dispositivo

Motivo de la visita

Tipo de paciente

☐ Internado ☐ Ambulatorio

En caso de internación...

¿Cuál fue la fecha de admisión? (M M D D A A A A)

¿Cuál fue la fecha de alta? (M M D D A A A A)

4 Otra cobertura de salud existente

¿Algún miembro de su familia está cubierto por otro plan o programa de salud, Medicare, u otro plan del gobierno federal, estatal, nacional o de los Estados Unidos?

☐ No →Vaya directamente a la sección 5 ("Autorización").

☐ Sí (continúe con esta sección)

Nombre de la compañía de seguros o tipo de seguro

Nombre del miembro de la familia

Nombre(s):

Apellido:

Fecha de nacimiento M M D D A A A A

Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

Relación con el miembro

☐ Empleado ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a ☐ Otra:

5 Autorización

Para todos los depósitos electrónicos

Por la presente autorizo a Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Aetna Life Insurance Company y a cualquiera de sus compañías afiliadas ("Aetna") o sus agentes dedicados a tal fin a realizar pagos de cualquier beneficio pagadero a mi persona o a mis dependientes, mediante la acreditación de tales pagos a mi cuenta bancaria o perteneciente a la institución financiera que fuera designada en este formulario. Acepto comunicarle a Aetna por escrito cualquier cambio relacionado con la información brindada en este formulario o la cancelación de esta autorización Acepto que si, por alguna razón, se depositan en mi cuenta beneficios pagaderos no devengados, inmediatamente realizaré un reintegro del monto total de cualquiera de esos pagos. También estoy de acuerdo en que si no reintegro esos pagos inmediatamente, seré responsable de pagar todos los costos de recaudación (incluidos los honorarios legales razonables y el interés máximo permitido por ley).

Autorización médica, dental, de farmacia y de visión

Debe estar firmada y fechada.

Autorizo a todos los médicos, otros profesionales de la salud, farmacias/farmacéuticos, hospitales e instituciones de atención de salud a brindar información relacionada con atención de salud, asesoramiento, tratamiento o suministros ofrecidos al paciente (incluida la información relacionada con enfermedades mentales o sida/ARC/VIH) a Aetna y a cualquier tercero independiente que actúe en nombre de Aetna o con quien tenga contrato. Esta información será utilizada para evaluar y administrar los reclamos. Aetna puede proporcionar al empleador mencionado en el presente formulario cualquier cálculo de beneficio utilizado en el pago de este reclamo con el propósito de revisar la experiencia y operación de la póliza o del contrato. Esta autorización es válida durante el plazo de la póliza o del contrato bajo el cual se presenta un reclamo. Conozco mi derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito y estoy de acuerdo en que una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

Advertencia: Es ilegal proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o defraudar a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento o multas. Además, una compañía de seguros puede negarse a otorgar beneficios de seguro si el solicitante hubiera proporcionado información falsa que esté sustancialmente relacionada con el reclamo.

Puede elegir usar una firma electrónica en este formulario de reclamo para confirmar que verifica y declara los detalles que dio más arriba. A fin de evitar dudas, dicha firma electrónica será válida y vinculante como si hubiera colocado su firma original. Podemos respaldarnos en dicha firma como verificación y declaración vinculantes para confirmar que la información dada más arriba es precisa y no es engañosa en ningún respecto.

Firma del paciente o de la persona autorizada

Fecha de la firma M M D D A A A A

Las compañías de Aetna no pueden pagar los servicios de atención de salud prestados en un país al que Estados Unidos haya impuesto una sanción, a menos que esté permitido, por escrito, en virtud de una licencia de la Oficina de Control de Bienes Extranjeros. Obtenga más información en el sitio en Internet del Departamento del Tesoro de los EE. UU.: **www.treasury.gov/resource-center/sanctions.**

La cobertura es asegurada por Aetna Life Insurance Company o Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.

Declaraciones falsas/fraudulentas
Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.
Declaraciones sobre fraude para los Estados Unidos:
Atención, residentes de Alabama: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o reclusión en una prisión, o cualquier combinación de estas. **Atención, residentes de Arkansas, Distrito de Columbia, Rhode Island y Virginia Occidental**: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de California: Para su protección, la ley de California exige que esta solicitud contenga el aviso detallado a continuación.** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en una prisión estatal. **Atención, residentes de Colorado:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, brinde información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante, con el propósito de defraudarlo o intentar defraudarlo en relación con una concesión o un acuerdo pagadero con las recaudaciones del seguro, será denunciado a la división de seguros de Colorado, dentro del departamento de agencias reguladoras. **Atención, residentes de Florida:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado. **Atención, residentes de Kansas:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado. **Atención, residentes de Kentucky:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de **defraudar** a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga información esencialmente **falsa** o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto de fraude al seguro, lo cual constituye **un delito**. **Atención, residentes de Louisiana:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y está sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de Maine y Tennessee:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones pueden consistir en arresto, multas o la denegación de los beneficios del seguro. **Atención, residentes de Maryland:** Toda persona que, a sabiendas o de manera deliberada, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa o de manera deliberada, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de Missouri**: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños y perjuicios, según lo determine un tribunal de justicia. Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defrauda o engaña a una compañía de seguros puede ser culpable del delito de fraude, según lo determine un tribunal de justicia. **Atención, residentes de Nueva Jersey:** Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud para una póliza de seguro o a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Nueva York:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones civiles que no exceden los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones. **Atención, residentes de Carolina del Norte:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Ohio:** Toda persona que, con intención de defraudar o consciente de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o reclamo que contenga declaraciones falsas o engañosas es culpable de fraude al seguro. **Atención, residentes de Oklahoma:** ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente un reclamo por las recaudaciones de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave. **Atención, residentes de Oregón:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado. **Atención, residentes de Pensilvania:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.**Atención, residentes de Puerto Rico:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o aliente a presentar un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida u otro beneficio o presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito grave. Si la persona es declarada culpable, será castigada por cada violación con una multa no inferior a cinco mil dólares ($5,000) y no superior a diez mil dólares ($10,000). También podrá ser encarcelada por un período fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, el período fijo de encarcelamiento puede ascender a un máximo de cinco (5) años y, si existen circunstancias atenuantes, el período de encarcelamiento puede ser reducido a un mínimo de dos (2) años. **Atención, residentes de Texas:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga cualquier distorsión intencional de un hecho esencial o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede cometer un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Vermont:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Virginia:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Washington:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro.

Cumplimiento del plan con lo dispuesto por la ley federal Affordable Care Act (Ley de Cuidado de Salud Asequible) de los Estados Unidos

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a ningún individuo por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Aetna brinda servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades y a las que necesitan asistencia de idioma.

Si necesita un intérprete calificado, la información escrita en un formato alternativo, servicios de traducción u otro tipo de servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no brindamos estos servicios de manera adecuada o que discriminamos por alguna de las características mencionadas más arriba, puede comunicarse con el Civil Rights Coordinator y presentarle una reclamación:
Civil Rights Coordinator,
P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de CA HMO: P.O. Box 24030 Fresno, CA 93779),
1-800-648-7817, TTY: 711
Fax: 859-425-3379 (clientes de CA HMO: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja en el portal de quejas en Internet de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por escrito a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509 F, HHH Building, Washington, DC 20201. Además, puede llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, los planes de Coventry Health Care y sus compañías afiliadas (Aetna).

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)