

## Aetna International/MSO

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

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

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

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

Texto (via WhatsApp): +27 66 290 3409

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

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

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

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