

## 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):