

PROOF OF GREATER COVERED CARE SUBMISSION

Goidel et al. v. Aetna Life Insurance Company
U.S. District Court, Southern District of New York
Case No. 1:21-cv-07619 (VSB)

If Aetna has not already paid for artificial insemination procedures (intracervical insemination (“ICI”) or intrauterine insemination (“IUI”)) for which you submitted precertification requests or claims, or for which you submitted a Claim Form if you are a Category C or D Class Member, and those services would have been covered by your healthcare plan if not for the Definition of Infertility,¹ **YOU WILL AUTOMATICALLY RECEIVE \$2,300.** If you incurred expenses in an amount greater than \$2,300 for artificial insemination procedures that would have been covered by your healthcare plan but for Defendant’s Definition of Infertility, you may be entitled to additional compensation and should complete this Proof of Greater Covered Care Submission.

Fully completed and signed Proof of Greater Covered Care Submissions must be received by the Settlement Administrator by **August 26, 2025.** Proof of Greater Covered Care Submissions will be evaluated by the Defendant, who will have sole discretion in determining what, if any, additional Dollars for Benefits Payment compensation you may be entitled to.

Documentation that you provide as supporting evidence will not be returned. Please retain copies of your documents for your own records. You will be notified by mail and/or email if anything additional is needed for your Proof of Greater Covered Care Submission. Please make sure the Settlement Administrator has your current mail and email addresses. Use any of the following options to submit your form and documentation before **August 26, 2025:**

ONLINE: www.InfertilityInsuranceSettlement.com

MAIL: Infertility Insurance Settlement
c/o Atticus Administration
PO Box 64053
St. Paul MN 55164

EMAIL: InfertilityInsuranceSettlement@atticusadmin.com

FAX: 1-888-326-6411

STEP 1: CLASS MEMBER INFORMATION

Class Member First Name	Class Member Last Name	M.I.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

If the address on page one is correct check here:

If the address on page one is not correct, or if no address is present, provide info below:

Aetna Member Number (W Number):

Class Member Address

¹ For purposes of this settlement, the “Definition of Infertility” means Aetna’s Clinical Policy Bulletin No. 327 in effect when the Amended Complaint was filed, which required individuals without a sperm-producing partner to undergo 6 or 12 cycles of artificial insemination, depending on the individual’s age, in order to establish unexplained infertility and qualify for healthcare coverage of fertility services.

Questions? Visit www.InfertilityInsuranceSettlement.com or Call 1-800-205-6861

City

State

Zip Code

Class Member Email Address:

Class Member Telephone:

Pick One:

Mobile	<input type="checkbox"/>
Home	<input type="checkbox"/>
Home	<input type="checkbox"/>

STEP 2: FERTILITY TREATMENT INFORMATION

Please provide information in the chart below for each cycle of artificial insemination you received between September 1, 2017, and May 31, 2024 that, in total, would have resulted in an aggregate reimbursement exceeding \$2,300 by your Aetna healthcare plan. Supporting evidence for each procedure included is required and must be submitted with this form. Add additional procedures on a separate piece of paper if necessary.

Descriptions of the applicable artificial insemination Codes covered by this settlement are as follows:

- (1) **S4035-Artificial Insemination Menotropin**
Stimulated intrauterine insemination
- (2) **58321-Artificial Insemination; Intra-Cervical**
In this procedure, the provider inserts prepared live sperm into the cervical canal.
- (3) **58322-Artificial Insemination; Intra-Uterine**
In this procedure, the provider inserts prepared live sperm into the uterus through the cervical canal.

Cycles of in-vitro insemination (“IVF”) will not qualify you for Class Membership and should not be submitted.

FIRST CYCLE BETWEEN SEPTEMBER 1, 2017, AND MAY 31, 2024:

Date of Service (mm/yy/ddd): _____	
CPT Code- Check the box(s) that apply (see page 2):	
S4035	<input type="checkbox"/>
58321	<input type="checkbox"/>
58322	<input type="checkbox"/>
Provider TIN/PIN: _____	Provider NPI: _____
Provider Name: _____	
Provider Address: _____	

Provider Phone: _____	Amount Paid _____

SECOND CYCLE BETWEEN SEPTEMBER 1, 2017, AND MAY 31 1, 2024:

Date of Service (mm/yy/ddd): _____	
CPT Code- Check the box(s) that apply (see page 2):	
S4035	<input type="checkbox"/>
58321	<input type="checkbox"/>
58322	<input type="checkbox"/>
Provider TIN/PIN: _____	Provider NPI: _____
Provider Name: _____	
Provider Address: _____	

Provider Phone: _____	Amount Paid _____

THIRD CYCLE BETWEEN SEPTEMBER 1, 2017, AND MAY 31, 2024:

Date of Service (mm/yy/dddd): _____	
CPT Code- Check the box(s) that apply (see page 2):	
S4035	<input type="checkbox"/>
58321	<input type="checkbox"/>
58322	<input type="checkbox"/>
Provider TIN/PIN: _____	Provider NPI: _____
Provider Name: _____	
Provider Address: _____	

Provider Phone: _____	Amount Paid _____

**Please visit www.InfertilityInsuranceSettlement.com for an Appendix for additional cycle history.*

STEP 4: DOCUMENTATION

Provide the required supporting evidence related to the artificial insemination procedure(s) described in **STEP 3**. Examples of acceptable forms for supporting evidence might include a bill from your provider (with proof of payment, i.e. cancelled check or credit card statement). Evidence provided must, at a minimum, confirm (1) you received a service, (2) what service you received, (3) the date of service, (4) that you were billed for a service, and (5) you paid for the service received.

STEP 5: CERTIFICATION AND SIGNATURE

I certify under penalty of perjury that the information included in this Proof of Greater Coverage Submission and the accompanying supporting evidence of the procedures completed are true and correct to the best of my knowledge.

Signature

Date (mm/dd/yyyy)

Return to page 1 of this Proof of Greater Covered Care Form for details on how to submit your completed form and accompanying supporting evidence documentation.

PRESENTACIÓN DE PRUEBA DE ATENCIÓN MAYOR A LA COBERTURA

Goidel et al. v. Aetna Life Insurance Company
Tribunal de Distrito de los EE. UU., Distrito Sur de Nueva York
No. de caso 1:21-cv-07619 (VSB)

Si Aetna aún no le ha pagado por tratamientos de inseminación artificial (inseminación intracervical o "ICI", por sus siglas en inglés, o inseminación intrauterina, "IUI") por los cuales presentó reclamaciones o solicitudes de precertificación, o en conexión con los cuales presentó un Formulario de Reclamación si es Miembro del Grupo de Demandantes Categoría C o D y esos servicios habrían sido cubiertos por su seguro médico de no ser por la Definición de Infertilidad,¹ **USTED RECIBIRÁ AUTOMÁTICAMENTE \$2,300**. Si incurrió en gastos por un monto superior a \$2,300 por tratamientos de inseminación artificial que habrían sido cubiertos por su seguro médico de no ser por la Definición de Infertilidad del Demandado, podría tener derecho de recibir indemnización adicional y debe completar esta Presentación de Prueba de Atención Mayor a la Cobertura.

El Administrador del Acuerdo debe recibir las Presentaciones de Prueba de Atención Mayor a la Cobertura completamente llenas y firmadas a más tardar el **26 de agosto de 2025**. El Demandado evaluará las Presentaciones de Prueba de Atención Mayor a la Cobertura y tendrá entera discreción al determinar a qué indemnización adicional de Pago Compensatorio por Beneficios puede tener derecho, de haberla.

La documentación que proporcione como evidencia de respaldo no se le enviará de vuelta. Por favor conserve copias de sus documentos para sus propios registros. Se le notificará por correo postal y/o electrónico si se requiere cualquier otra cosa para su Presentación de Prueba de Atención Mayor a la Cobertura. Por favor, asegúrese de que el Administrador del Acuerdo cuente con sus direcciones de correo postal y electrónico actualizadas. Utilice cualquiera de las siguientes opciones para enviar su formulario y documentación antes del **26 de agosto de 2025**:

EN LÍNEA: www.InfertilityInsuranceSettlement.com

CORREO POSTAL: Infertility Insurance Settlement
c/o Atticus Administration
PO Box 64053
St. Paul MN 55164

CORREO ELECTRÓNICO: InfertilityInsuranceSettlement@atticusadmin.com

FAX: 1-888-326-6411

PASO 1: INFORMACIÓN DE LXS MIEMBROS DEL GRUPO DE DEMANDANTES

Nombre del/lx Miembro del Grupo	Apellido del/lx Miembro del Grupo	M.I.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si la dirección de la página uno es correcta, marque este espacio:

Si la dirección en la página uno es incorrecta o si no aparece una dirección, proporcione la siguiente información:

¹ Para fines de este acuerdo, la "Definición de Infertilidad" se refiere al Boletín de Políticas Clínicas No. 327 de Aetna en vigor cuando se interpuso la Demanda Enmendada, que requería que lxs individuos que no tuvieran una pareja que produjera esperma se sometieran a 6 o 12 ciclos de inseminación artificial, dependiendo de la edad de la persona, para poder determinar una infertilidad sin causa identificada y calificar para recibir cobertura médica para servicios de fertilidad.

¿Dudas? Visite www.InfertilityInsuranceSettlement.com o llame al 1-800-205-6861

Número de Miembrx de Aetna (Número W):

Dirección del/lx Miembrx del Grupo

Ciudad

Estado

Código postal

Email del/lx Miembrx del Grupo:

Teléfono del/lx Miembrx del Grupo

Elija uno:

Celular	<input type="checkbox"/>
Casa	<input type="checkbox"/>
Casa	<input type="checkbox"/>

PASO 2: INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO DE FERTILIDAD

Por favor, proporcione información en el cuadro que se encuentra a continuación sobre cada ciclo de inseminación artificial que recibió entre el 1 de septiembre de 2017 y el 31 de mayo de 2024 que, en conjunto, habrían generado un reembolso total superior a los \$2,300 por parte de su seguro médico de Aetna. Se requiere evidencia que respalde cada tratamiento; esta evidencia debe enviarse junto con este formulario. Agregue tratamientos adicionales en una hoja de papel separada, de ser necesario.

A continuación presentamos descripciones de los Códigos de inseminación artificial aplicables cubiertos por este acuerdo:

- (1) **S4035- Inseminación artificial; Menotropina**
Inseminación intrauterina estimulada
- (2) **58321-Inseminación artificial; Intracervical**
En este tratamiento, el proveedor inserta espermatozoides vivos preparados en el canal cervical.
- (3) **58322-Inseminación artificial; Intrauterina**
En este tratamiento, el proveedor inserta espermatozoides vivos preparados en el útero a través del canal cervical.

Los ciclos de inseminación in vitro ("IVF") no lo hacen elegible para Membresía en el Grupo de Demandantes y no deben enviarse.

PRIMER CICLO ENTRE EL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2017 Y EL 31 DE MAYO DE 2024:

Fecha del servicio (mm/dd/aaaa): _____	
<u>Código CPT - Marque las casillas que apliquen (consulte la página 2):</u>	
S4035	<input type="checkbox"/>
58321	<input type="checkbox"/>
58322	<input type="checkbox"/>
TIN/PIN del Proveedor: _____	NPI del Proveedor: _____
Nombre del Proveedor: _____	
Dirección del Proveedor: _____	

Teléfono del Proveedor: _____	Monto pagado _____

SEGUNDO CICLO ENTRE EL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2017 Y EL 31 DE MAYO DE 2024:

Fecha del servicio (mm/dd/aaaa): _____	
<u>Código CPT - Marque las casillas que apliquen (consulte la página 2):</u>	
S4035	<input type="checkbox"/>
58321	<input type="checkbox"/>
58322	<input type="checkbox"/>
TIN/PIN del Proveedor: _____	NPI del Proveedor: _____
Nombre del Proveedor: _____	
Dirección del Proveedor: _____	

Teléfono del Proveedor: _____	Monto pagado _____

TERCER CICLO ENTRE EL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2017 Y EL 31 DE MAYO DE 2024:

Fecha del servicio (mm/dd/aaaa): _____	
Código CPT - Marque las casillas que apliquen (consulte la página 2):	
S4035	<input type="checkbox"/>
58321	<input type="checkbox"/>
58322	<input type="checkbox"/>
TIN/PIN del Proveedor: _____	NPI del Proveedor: _____
Nombre del Proveedor: _____	
Dirección del Proveedor: _____	
Teléfono del Proveedor: _____	
Monto pagado _____	

**Por favor visite www.InfertilityInsuranceSettlement.com donde encontrará un Anexo para historiales de ciclos adicionales.*

PASO 4: DOCUMENTACIÓN

Proporcione toda la evidencia de respaldo solicitada sobre los tratamientos de inseminación artificial descritos en el PASO 3. Los ejemplos de tipos aceptables de evidencia de respaldo incluyen una factura de su proveedor (con prueba de pago, por ejemplo, un cheque cobrado o el estado de cuenta de su tarjeta de crédito). La evidencia proporcionada debe, como mínimo, confirmar (1) que usted recibió un servicio, (2) el servicio que recibió, (3) la fecha del servicio, (4) que se le facturó un servicio, y (5) que pagó por el servicio recibido.

PASO 5: CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Certifico bajo pena de perjurio que la información incluida en esta Presentación de Prueba de Atención Mayor a la Cobertura y la evidencia de respaldo acompañante de los tratamientos completados son verdaderas y exactas según mi leal saber y entender.

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

Consulte la página 1 de este Formulario de Prueba de Atención Mayor a la Cobertura para conocer detalles sobre cómo enviar su formulario completo y la documentación de evidencia de respaldo.