

Forma de queja y apelación de los miembros

NOTA: No es obligatorio completar esta forma. Para obtener una revisión, usted o su representante autorizado también pueden comunicarse con el Departamento de Servicios al Cliente al número de teléfono que figura en la tarjeta de identificación de miembro, o bien presentar una solicitud por escrito a la dirección que se encuentra al final de la *Explicación de beneficios (EOB)* u otra correspondencia que haya recibido de Aetna.

Proporcione la siguiente información del asegurado o miembro primario.

(Puede encontrar esta información en la parte delantera de su tarjeta de identificación).

Fecha de hoy	Número de identificación del miembro	Tipo de plan <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental	N.º de grupo del miembro <i>(opcional)</i>
--------------	--------------------------------------	---	--

Nombre del miembro	Apellido del miembro	Fecha de nacimiento del miembro (DD/MM/AAAA)
Dirección de correo electrónico del miembro		

Proporcione la siguiente información de la persona por la que usted presenta esta solicitud.

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
Relación con la persona que solicita la apelación: <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra _____		
Nota: Si selecciona “cónyuge”, “hijo” (de 18 años o más) u “otra”, presente una forma de representante autorizado completa junto con su solicitud. Puede encontrar la forma en Aetna.com .		
Informe si la apelación es: <input type="checkbox"/> Previa al servicio <input type="checkbox"/> Posterior al servicio		

Para ayudar a Aetna a revisar y responder su solicitud, brinde la siguiente información.

(Puede encontrarla en la correspondencia que haya recibido de Aetna).

Número de identificación del reclamo (Si seleccionó “Posterior al servicio”).	Número de referencia (Si seleccionó “Previa al servicio”).	Fecha de servicio (Si la apelación es posterior al servicio, ingrese la fecha de los servicios; si es previa al servicio, ingrese la fecha del rechazo).
Explicación de su solicitud <i>(use hojas adicionales si es necesario)</i> .		
Firma del miembro		

Nota: Cuando envíe esta forma con su solicitud, incluya lo siguiente: - Facturas o correspondencia de estos servicios.
 - Cualquier otra información que pueda ser útil.

Envíe su solicitud a la siguiente dirección:

Aetna
P.O. Box 14463
Lexington, KY 40512

O puede utilizar nuestro número de fax nacional:

[859-425-3379](tel:859-425-3379) CRTM

Aetna cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina, excluye ni trata a las personas de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, lo cual es ilegal.

Además, brindamos asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades y que necesitan asistencia de idiomas.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducciones u otros servicios, llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no hemos suministrado estos servicios o que lo hemos discriminado por los motivos que se mencionaron, puede presentarle una queja formal al coordinador de derechos civiles:

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512

(clientes de HMO en California: P.O. Box 24030 Fresno, CA 93779)

[1-800-648-7817](tel:1-800-648-7817), TTY: [711](tel:711)

Fax: [859-425-3379](tel:859-425-3379) (clientes de HMO en California: [860-262-7705](tel:860-262-7705)), CRCoordinator@aetna.com

También puede presentar una queja sobre derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien por correo postal o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019) u [800-537-7697 \(TDD\)](tel:800-537-7697).

Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios brindados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna.

Hmong	Yuav kom tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu tus naj npawb ntawm koj daim npav ID.
Igbo	Inweta enyemaka asụsụ na akwughi ụgwọ obụla, kpọọ nọmba nọ na kaadi njirimara gi
Ilocano	Tapno maakses dagiti serbisio ti pagsasao nga awanan ti bayadna, awagan ti numero nga adda ayan ti ID kardmo.
Indonesian	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, silakan hubungi nomor telepon di kartu asuransi Anda.
Italian	Per accedere ai servizi linguistici senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa.
Japanese	無料の言語サービスは、IDカードにある番号にお電話ください。
Karen	လၢၤတၢ်ကမၤၤကိၣ်တၢ်မၤၤတၢ်အံၤတၢ်ဖံးတၢ်မၤၤတဖၣ် လၢၤတၢ်အိၣ်ဒီးအံၤလၢၤနကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အံၤကိးဘၣ်လီၤတဲၣ်စိနီၣ်ကံၤလၢၤအိၣ်လၢၤနခိၣ်ဂီၤ ၁ (၅၅) အလီၤတက့ၢ်ၤ
Korean	무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa	I nyuu kosna mahola ni language services ngui nsaa wogui wo, sebel i nsinga i ye ntilga i kat yong matibla
Kurdish	بۆ دەسپێرانی گەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بۆ تو، پێوەندی بکە بە ژمارەی سەر نای دی (ID) کارتی خۆت.
Lao	ເພື່ອຂ້າຖິງບໍລິການພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ, ໃຫ້ໃບຫາເປີໂທຢູ່ໃບບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.
Marathi	आपल्याला कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवांपर्यंत पोहोचण्यासाठी, आपल्या ID कार्डवरील क्रमांकावर फोन करा.
Marshallese	Ñan bōk jipañ kōn kajin ilo an ejjelok wōñean ñan kwe, kwōn kallok nōm̄ba eo ilo kaat in ID eo am̄.
Micronesian-Ponapean	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih nempe nan amhw doaropwe en ID.
Mon-Khmer, Cambodian	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។
Navajo	T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowol doo bááh ílínígóó naaltsoos bee atah nílǫigo nanitinígíí bee néého'dólzínígíí béesh bee hane'í biká'ígíí áají' hólne'.
Nepali	भाषासम्बन्धी सेवाहरूमाथि निःशुल्क पहुँच राख्न आफ्नो कार्डमा रहेको नम्बरमा कल गर्नुहोस्।
Nilotic-Dinka	Të kwoɾ yin ran de wëër de thokic ke cín wëu kɔr keek tënɔŋ yin. Ke yin cɔl ran ye kɔc kuony në namba de abac tö në ID kard duñ de tīt de nyin de panakim kōu.
Norwegian	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring nummeret på ID-kortet ditt.
Pennsylvanian-Dutch	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff die Nummer uff dei ID Kaart.
Persian Farsi	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید.
Polish	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych, należy zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej.
Portuguese	Para aceder aos serviços linguísticos gratuitamente, ligue para o número indicado no seu cartão de identificação.
Punjabi	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਪੰਜਾਬੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

