

Solicitud de cobertura de transición

Categoría ECHS - TCRF

Personal y confidencial

Los miembros comerciales con cobertura total en California no deben usar este formulario.

Se aplica a:

Planes de Aetna

Todos los beneficios de salud y los planes de seguro son ofrecidos o suscritos por Innovation Health Plan, Inc. e Innovation Health Insurance Company.

Todos los beneficios de salud y planes de seguro de salud ofrecidos, suscritos o administrados por

Banner Health y Aetna Health Insurance Company o Banner Health y Aetna Health Plan Inc. (Banner | Aetna)

Texas Health + Aetna Health Insurance Company o Texas Health + Aetna Health Plan Inc. (Texas Health Aetna)

Allina Health y Aetna Health Insurance Company (Allina Health | Aetna)

Sutter Health y Aetna Administrative Services LLC (Sutter Health | Aetna)



Este es el formulario que solicitó para la cobertura de transición de la atención del plan de salud. Si aprobamos su solicitud, el plan de salud cubrirá la atención continua en el más alto nivel de beneficios de los siguientes:

- Un médico fuera de la red.
- Un médico cuyo estado en la red ha cambiado.
- Algunos otros proveedores de atención médica que lo han tratado.

Una vez que revisemos su formulario completo, le enviaremos una carta en la que le explicaremos nuestra decisión.

Algunas cosas que debe saber sobre la cobertura de transición de la atención

Encontrará respuestas a preguntas frecuentes sobre la cobertura de transición de la atención al dorso de este formulario. Debes leerlas antes de completar este formulario.

La cobertura de transición de la atención no se aplica si su proveedor está en la red del plan (es participante) o si forma parte del nivel de beneficios más alto de su plan. Puede encontrar el directorio de búsqueda de proveedores en la página web del plan de salud. Puede indicarle si su médico está en la red o ayudarlo a encontrar un proveedor participante para su plan de salud. También puede llamarnos al número de teléfono que figura su tarjeta de identificación.

Cómo completar el formulario y enviarnoslo

Paso 1: Complete estas secciones:

1. Sección 1 (Información del miembro, grupo o empleador).
2. Sección 2 (Información del suscriptor y del paciente): La información del plan está al frente de su tarjeta de identificación.
3. Sección 3 (Autorización): Lea la autorización, y luego firme y coloque la fecha en el formulario.
4. (Declaración falsa): Los residentes de New York deben firmar y colocar la fecha en la **página 6**.

Paso 2: Entregue el formulario al **médico o proveedor de atención médica** para que complete la **Sección 4 en la página 4**, incluida la información de diagnóstico y tratamiento requerida en la **página 5**.

Paso 3: Envíenos el formulario completo **por fax** para su revisión. Debe completar un formulario para cada proveedor de atención médica.

Envíe solicitudes médicas por fax al [1-859-455-8650](tel:1-859-455-8650).

Envíe solicitudes de salud mental o abuso de sustancias por fax al [1-888-463-1309](tel:1-888-463-1309).

Asegúrese de completar todos los campos en las páginas 4 y 6. De esa manera, su solicitud será respondida más rápido.

Aetna es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por uno de los grupos de compañías subsidiarias de Aetna, lo que incluye a Aetna Life Insurance Company y sus filiales (Aetna). Aetna brinda ciertos servicios de administración en nombre de sus filiales.

Preguntas y respuestas sobre la cobertura de transición de la atención

P. ¿Qué es la cobertura de transición de la atención (TOC)?

• Para los miembros nuevos:

La cobertura TOC es temporal. Puede obtener la TOC cuando se convierte en miembro nuevo de un plan de beneficios médicos o cambia de plan y está siendo tratado por un médico que cumple con las siguientes condiciones:

- No está en la red del plan.
- No está incluido en la red reducida ni en una red específica del patrocinador del plan, y sus beneficios cambian para incluir una de estas redes.

La cobertura TOC también puede aplicarse cuando su médico abandona la red del plan o cambia el estado de la red, o si ciertas leyes o regulaciones requieren cobertura. La cobertura TOC aprobada permite que un miembro que está recibiendo tratamiento continúe con este **por un tiempo limitado** en el nivel más alto de beneficios del plan.

La cobertura TOC es solo para el médico solicitado. Excepto en New York, la cobertura TOC no incluye centros de atención médica, proveedores de equipos médicos duraderos (DME) ni productos farmacéuticos. Si aprobamos la cobertura TOC, el médico debe usar un centro de atención médica, un proveedor de DME o un proveedor de farmacia de la red del plan. Si quiere solicitar cobertura para un proveedor o un centro fuera de la red del plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en su tarjeta de identificación.

• Para miembros actuales:

La cobertura TOC también puede aplicarse cuando su médico o centro abandona la red del plan o cambia el estado de la red, o si ciertas leyes o regulaciones requieren cobertura. La cobertura TOC aprobada permite que un miembro que está recibiendo tratamiento continúe con este **por un tiempo limitado** en el nivel más alto de beneficios del plan.

Excepto en New York, la cobertura TOC no incluye proveedores de DME ni productos farmacéuticos. Si aprobamos la cobertura TOC, el médico debe usar un proveedor de DME o un proveedor de farmacia de la red del plan. Si quiere solicitar cobertura para un proveedor o un centro fuera de la red del plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en su tarjeta de identificación.

P. ¿Qué es un curso de tratamiento activo?

R. Un curso de tratamiento activo significa que usted ha comenzado un programa de servicios planificados con su médico para corregir o tratar una afección diagnosticada. La fecha de inicio es la primera fecha del servicio o tratamiento. Un curso de tratamiento activo cubre una cierta cantidad de servicios o un período de tratamiento para situaciones especiales. Algunos ejemplos de cursos de tratamiento activo pueden incluir, entre otros, a los miembros que cumplan con las siguientes condiciones:

- Está embarazada y ha comenzado un tratamiento (incluida la atención prenatal) para el embarazo por parte del obstetra (OB) o del centro.
- Está recibiendo un tratamiento para una afección grave y compleja por parte del proveedor o centro, como quimioterapia o radioterapia.
- Tiene o se determinó que tiene una enfermedad terminal (si la persona tiene un pronóstico médico que indica que su esperanza de vida es de 6 meses o menos) y está recibiendo tratamiento para dicha enfermedad de dicho proveedor o centro.
- Necesita más de una cirugía, como una reparación del paladar hendido.
- Ha sido operado recientemente.
- Está recibiendo tratamiento por una enfermedad mental o por abuso de sustancias. (El miembro debe haber tenido al menos una sesión de tratamiento dentro de los 30 días antes de que cambiara el estado del miembro o del proveedor de atención médica participante).
- Tiene una afección continua o incapacitante que empeora repentinamente.
- Puede necesitar o puede haber tenido un trasplante de órgano o de médula ósea.
- Está programado para someterse a una cirugía no electiva por parte del proveedor, incluida la recepción de atención posoperatoria de dicho proveedor o centro con respecto a dicha cirugía.

Para ser considerado para la cobertura TOC, el tratamiento debe haber comenzado **antes** de la fecha de inscripción o reinscripción, o **antes** de la fecha en que su médico o centro abandonó la red del plan de salud, o **antes** de la fecha en que **cambió** el estado de la red de un médico o centro.

P. ¿Debo completar un formulario para cada proveedor para el que solicito TOC?

R. Sí, se requiere un formulario por separado para cada proveedor.

P. ¿Qué otros tipos de proveedores, además de los médicos, se pueden considerar para la cobertura TOC?

R. Esto incluye profesionales de la salud como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas del habla y agencias que brindan servicios de atención especializada en el hogar, como enfermeras visitantes. Se considera TOC para los hospitales participantes cuando el centro no está designado para el nivel de beneficio más alto para planes que incluyen redes organizadas por niveles o cuando un centro participante abandona la red. La TOC no se aplica a otros centros de atención médica (por ejemplo, centros de atención de enfermería especializada), proveedores de DME o productos farmacéuticos.

P. Si actualmente estoy recibiendo tratamiento de mi médico, ¿por qué no aprobarían mi solicitud de cobertura TOC?

R. Para ser aprobado para la TOC, el procedimiento o servicio debe ser un beneficio cubierto según los términos de su plan. **Para proveedores que abandonan la red:** Como parte de la Ley Federal Sin Sorpresas, su médico debe aceptar los términos descritos en el formulario de solicitud de TOC.

P. Mi proveedor de atención primaria (PCP) ya no es un proveedor participante. Si mi plan requiere que seleccione un PCP, ¿puedo seguir viendo a mi médico?

R. Si está recibiendo tratamiento, es posible que aún pueda visitar a su PCP, incluso si este abandona la red. En todos los estados, excepto Texas y New Jersey, es posible que deba seleccionar un PCP en la red del plan de salud. En Texas y New Jersey, la TOC puede aplicarse a los PCP. Hable con su PCP para que pueda ayudarle con sus futuras necesidades de atención médica.

P. ¿Cuánto dura la cobertura TOC?

R. Por lo general, la cobertura TOC dura 90 días. Sin embargo, esto puede variar según su afección (por ejemplo, en caso de embarazo). Le informaremos si se aprueba su solicitud de cobertura TOC y cuánto tiempo durará la cobertura.

P. ¿Cómo me inscribo en la cobertura TOC?

R. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Debe enviar un formulario de solicitud de TOC al plan de salud dentro de los siguientes plazos:

- Dentro de los 90 días posteriores a su inscripción o reinscripción.
- Dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que el proveedor de atención médica abandonó la red del plan o dentro de los 90 días posteriores a la fecha de la carta en la que se le notificó el cambio.
- Dentro de los 90 días posteriores al cambio de estado de la red de un médico.

Usted o su médico pueden enviar el formulario de solicitud.

P. ¿Se aplica la cobertura TOC si mi plan no tiene una red de proveedores?

R. No.

P. ¿Qué pasa si tengo una red reducida o un plan de red específico del patrocinador del plan?

R. Si aprobamos su cobertura TOC, es posible que aún reciba atención en el nivel más alto de beneficios durante un período de tiempo determinado. Si continúa el tratamiento con este médico después del período aprobado, su cobertura se limitará a lo que permite su plan. Esto significa que es posible que tenga beneficios reducidos o ningún beneficio.

P. ¿Qué sucede si tengo más preguntas sobre la cobertura TOC?

R. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación. Si tiene preguntas sobre los servicios de salud mental de la TOC, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación o, si aparece, al número de salud mental o de salud conductual.

P. ¿Cómo sabré si se aprueba mi solicitud de cobertura TOC?

R. Tomaremos una decisión después de recibir su solicitud. Le enviaremos una carta por correo postal de EE. UU. La carta dirá si usted está aprobado o no.

Solicitud de cobertura de transición

Categoría ECHS - TCRF

Personal y confidencial

Los miembros comerciales con cobertura total en California no deben usar este formulario.

Médico Salud mental/abuso de sustancias

Indique arriba si esta solicitud es para recibir tratamiento médico o tratamiento de salud mental/por abuso de sustancias.

1. Información del grupo o empleador (Nota: Complete un formulario por separado para cada miembro o proveedor).

Nombre del plan, grupo o empleador (letra de imprenta)	Número(s) del plan	Fecha de entrada en vigencia del plan
--	--------------------	---------------------------------------

2. Información del suscriptor y del paciente

Nombre del suscriptor (letra de imprenta)	Número de identificación del suscriptor	
Dirección del suscriptor (letra de imprenta)		
Nombre del paciente (letra de imprenta)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de teléfono
Dirección del paciente (letra de imprenta)	Tipo de plan/producto	
	Número de teléfono del paciente/suscriptor que envía la solicitud (Horario de atención: De 09:00 a. m. a 05:00 p. m.)	
Solicitud para la transición de la atención debido a lo siguiente: Miembro nuevo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Finalización de los servicios de un proveedor: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de finalización de los servicios de un proveedor, proporcione la fecha de la carta que le notifica que el proveedor finaliza su servicio en la red e incluya una copia de la carta con el formulario completo. (MM/DD/AAAA)		

3. Autorización

Solicito aprobación para la cobertura de atención continua del proveedor de atención médica mencionado a continuación para el tratamiento iniciado antes de mi fecha de entrada en vigencia con el plan de salud, antes de que finalice el contrato del proveedor con la red del plan de salud o antes de que cambie el estado de la red del proveedor. En caso de obtener la aprobación, comprendo que la autorización para la cobertura de los servicios mencionados a continuación será válida durante un período de tiempo determinado. Otorgo permiso al proveedor de atención médica para enviar cualquier información médica necesaria o registros al plan de salud para que se pueda tomar una decisión.	
Firma del paciente (requerida si el paciente tiene 17 años o más)	Fecha (MM/DD/AAAA)
Firma de los padres (requerida si el paciente tiene 16 años o menos)	Fecha (MM/DD/AAAA)

4. Información del proveedor (Nota: Proporcione toda la información específica para evitar demoras en el procesamiento de esta solicitud).

Nombre del médico tratante u otro proveedor de atención médica (letra de imprenta)	Número de identificación fiscal
Dirección de servicio del médico tratante u otro proveedor de atención médica (letra de imprenta)	
Nombre de contacto del personal de la oficina para llamar en caso de preguntas	Número de teléfono
Firma del médico tratante u otro proveedor de atención médica	Fecha (MM/DD/AAAA)

El paciente mencionado es miembro a partir de la fecha de entrada en vigencia indicada anteriormente. Entendemos que usted no es proveedor participante de la red del plan de salud, o que pronto dejará de serlo. El paciente ha solicitado que cubramos su atención durante un período de tiempo específico. Esto se debe a una afección, como el embarazo, que se considera un curso de tratamiento activo. Un curso de tratamiento activo se define de la siguiente manera: "Un programa de servicios planificados que inicia en la fecha en la que el proveedor presta un servicio por primera vez para corregir o tratar la afección diagnosticada, que cubre una cantidad definida de servicios o un período de tratamiento, y que incluye una situación que reúne los requisitos". Incluya una declaración breve de la afección actual del paciente y del plan de tratamiento. Para embarazos, indique la fecha estimada del parto (EDC). Si aprobamos esta solicitud, usted acepta lo siguiente:

- Proporcionar el tratamiento y seguimiento del paciente.
- No solicitar más pagos de este paciente que no sean la responsabilidad del paciente según su plan de beneficios (por ejemplo, el copago del paciente, los deducibles u otros requisitos que paga de su bolsillo).
- Compartirnos información sobre el tratamiento del paciente.

También acepta utilizar la red del plan de salud para cualquier remisión, análisis de laboratorio u hospitalizaciones por servicios que no formen parte del tratamiento solicitado. Es posible que el proveedor que completa el formulario no abandone la red, pero puede solicitar que un hospital que sí abandona la red le proporcione atención continua.

Solicitud de cobertura de transición

Categoría ECHS - TCRF

Personal y confidencial

Los miembros comerciales con cobertura total en California no deben usar este formulario.

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Proveedor: Complete la información de diagnóstico y tratamiento a continuación que describe el curso de tratamiento activo y adjunte toda la documentación clínica para respaldar esta solicitud.

ONCOLOGÍA

¿Está actualmente en un curso de tratamiento activo (cirugía de reconstrucción, radioterapia, inmunoterapia, agentes dirigidos o quimioterapia) para tratar el cáncer con un tratamiento iniciado en los últimos 90 días?

Sí No Nombre del medicamento: _____ Diagnóstico y descripción: _____

Duración prevista del tratamiento: _____

Fechas de la consulta y de la próxima consulta: (mm/dd/aaaa): _____

Códigos de diagnóstico y códigos de procedimiento (CPT)/del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de Atención Médica (HCPCS)

Diagnóstico: _____ CPT/HCPCS: _____

Diagnóstico: _____ CPT/HCPCS: _____

SOLICITUD DE CURSO DE TRATAMIENTO DE TERAPIA INTRAVENOSA

¿El miembro recibe actualmente terapia intravenosa con antibióticos o hiperalimentación/nutrición parenteral total?

Sí No Fecha de inicio del tratamiento: (mm/dd/aaaa): _____ y fecha prevista de finalización: (mm/dd/aaaa): _____

Códigos de diagnóstico y códigos de procedimiento (CPT)/del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de Atención Médica (HCPCS)

Diagnóstico: _____ CPT/HCPCS: _____

Diagnóstico: _____ CPT/HCPCS: _____

SOLICITUD DE SEGUIMIENTO QUIRÚRGICO (POSTOPERATORIO)

¿Es este un seguimiento con el consultorio de un cirujano y el miembro se encuentra dentro del período posoperatorio de 90 días o el miembro ha iniciado una serie de procedimientos quirúrgicos para corregir la misma afección?

Sí No Fecha de la cirugía: (mm/dd/aaaa): _____

Códigos de diagnóstico y códigos de procedimiento (CPT)/del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de Atención Médica (HCPCS)

Diagnóstico: _____ CPT/HCPCS: _____

Diagnóstico: _____ CPT/HCPCS: _____

SOLICITUD OBSTÉTRICA

¿La miembro está embarazada y ha completado su primera consulta en el consultorio de un obstetra (OB)?

Sí No Primera consulta con el OB: (mm/dd/aaaa): _____ Fecha de parto prevista: (mm/dd/aaaa): _____

Códigos de diagnóstico y códigos de procedimiento (CPT)/del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de Atención Médica (HCPCS)

Diagnóstico: _____ CPT/HCPCS: _____

Diagnóstico: _____ CPT/HCPCS: _____

OTRAS SOLICITUDES

¿El miembro se encuentra actualmente en un curso de tratamiento activo?

Tipo de tratamiento: _____

Fecha de inicio del tratamiento: (mm/dd/aaaa): _____ Última fecha de tratamiento: (dd/mm/aaaa): _____

Códigos de diagnóstico y códigos de procedimiento (CPT)/del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de Atención Médica (HCPCS)

Diagnóstico: _____ CPT/HCPCS: _____

Diagnóstico: _____ CPT/HCPCS: _____

Declaración falsa

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude, perjuicio o de engañar a cualquier compañía de seguro u otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación con información sustancialmente falsa, u oculte, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho material en relación con esto, comete un acto fraudulento de seguro, el cual se considera un delito y somete a esa persona a sanciones penales y civiles.

Atención residentes de Alabama: cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener un pago de una pérdida o un beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de resarcimiento o confinamiento en prisión, o cualquier combinación de ellas. **Atención residentes de Arkansas, District of Columbia, Rhode Island y West Virginia:** cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener un pago de una pérdida o un beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión. **Atención residentes de California: Para su protección, la ley de California requiere que el siguiente aviso aparezca en este formulario:** cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener un pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal. **Atención residentes de Colorado:** es ilegal proporcionar a sabiendas a una compañía de seguro información o datos falsos, incompletos o engañosos con el propósito de estafarla o intentar estafarla. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguro o agente de una compañía de seguro que a sabiendas les proporcione a un titular de una póliza o reclamante información o datos falsos, incompletos o engañosos con el propósito de estafar o intentar estafar al titular de una póliza o reclamante con respecto a un acuerdo o premio pagadero de los fondos del seguro será denunciado en la división de seguros de Colorado dentro del departamento de organismos regulatorios. **Atención residentes de Florida:** cualquier persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude, perjuicio o de engañar a cualquier compañía de seguro presente una declaración de reclamación o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado. **Atención residentes de Kansas:** cualquier persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude, perjuicio o de engañar a cualquier compañía de seguro u otra persona presente un formulario de inscripción al seguro o una declaración de reclamación con información sustancialmente falsa, u oculte, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho material en relación con esto, puede haber violado la ley estatal. **Atención residentes de Kentucky:** cualquier persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude a cualquier compañía de seguro u otra persona presente una declaración de reclamación con información sustancialmente falsa, u oculte, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho material en relación con esto, comete un acto fraudulento de seguro, el cual es un delito. **Atención residentes de Louisiana:** cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener un pago de una pérdida o un beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión. **Atención residentes de Maine y Tennessee:** es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguro con el propósito de estafarla. Las sanciones pueden incluir prisión, multas o denegación de beneficios del seguro. **Atención residentes de Maryland:** cualquier persona que a sabiendas o deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para obtener un pago de una pérdida o un beneficio, o que a sabiendas o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en prisión. **Atención residentes de Missouri:** es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguro con el propósito de estafarla. Las sanciones incluyen prisión, multas, denegación del seguro y daños civiles, según la determinación de un tribunal de justicia. Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude, perjuicio o de engañar a una compañía de seguro cometa este delito puede ser culpable de cometer fraude, según la determinación de un tribunal de justicia. **Atención residentes de New Jersey:** cualquier persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud para una póliza de seguro, o a sabiendas presente una declaración de reclamación con información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención residentes de North Carolina:** cualquier persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude, perjuicio o de engañar a cualquier compañía de seguro u otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación con información sustancialmente falsa, u oculte, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho material en relación con esto, comete un acto fraudulento de seguro, el cual se puede considerar un delito y somete a esa persona a estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención residentes de Ohio:** cualquier persona que, con la intención de cometer fraude o con el conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación con una declaración falsa o engañosa es culpable de un fraude de seguro. **Atención residentes de Oklahoma:** ADVERTENCIA: cualquier persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude, perjuicio o de engañar a cualquier compañía de seguro realice una reclamación para los fondos de una póliza de seguro con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de cometer un delito. **Atención residentes de Oregon:** cualquier persona que, con la intención de cometer fraude, perjuicio o de engañar a cualquier compañía de seguro u otra persona presente un formulario de inscripción al seguro o una declaración de reclamación con información sustancialmente falsa, u oculte, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho material en relación con esto, puede haber violado la ley estatal. **Atención residentes de Pennsylvania:** cualquier persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude a cualquier compañía de seguro u otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación con información sustancialmente falsa, u oculte, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho material en relación con esto, comete un acto fraudulento de seguro, el cual se considera un delito y somete a esa persona a estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención residentes de Puerto Rico:** cualquier persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude incluya información en una solicitud de seguro o presente, ayude a presentar o incite la presentación de una reclamación fraudulenta para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o presente más de una reclamación para la misma pérdida o el mismo daño comete un delito y, si se lo declara culpable, se lo sancionará por cada violación con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5,000), que no debe superar los diez mil dólares (\$10,000), o será encarcelado por un período fijo de tres (3) años, o ambas sanciones. Si existen circunstancias agravantes, el período fijo en prisión puede incrementarse a un máximo de cinco (5) años y, si hay circunstancias mitigantes presentes, el período en prisión puede reducirse a un mínimo de dos (2) años. **Atención residentes de Texas:** cualquier persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude, perjuicio o de engañar a cualquier compañía de seguro u otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación con una declaración falsa intencional de hechos materiales, u oculte, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho material en relación con esto, comete un acto fraudulento de seguro, el cual se puede considerar un delito y somete a esa persona a estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención residentes de Vermont:** cualquier persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude, perjuicio o de engañar a cualquier compañía de seguro u otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación con información sustancialmente falsa, u oculte, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho material en relación con esto, comete un acto fraudulento de seguro, el cual se puede considerar un delito y puede someter a esa persona a estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención residentes de Virginia:** cualquier persona que, con la intención de cometer fraude o con el conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal. **Atención residentes de Washington:** es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguro con el propósito de estafarla. Las sanciones incluyen prisión, multas o denegación de beneficios del seguro.

Atención residentes de New York: cualquier persona que a sabiendas y con la intención de cometer fraude a cualquier compañía de seguro u otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación con información sustancialmente falsa, u oculte, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho material en relación con esto, comete un acto fraudulento de seguro, el cual es un delito. Dicha persona estará sujeta a una sanción penal que no debe superar los cinco mil dólares y el valor indicado de la reclamación para cada violación.

Firma del paciente/miembro:

Fecha:

Aetna cumple las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente ilegalmente a las personas por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad ni discapacidad.

Brindamos ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades y a las que necesiten asistencia lingüística.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, servicios de traducción u otros servicios, comuníquese con el número que figura en su identificación.

Si considera que no le proporcionamos estos servicios o lo discriminamos en función de alguna de las clases protegidas mencionadas anteriormente, también puede presentar una queja ante el coordinador de Derechos Civiles comunicándose a través de la siguiente información:

Civil Rights Coordinator,

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512

(Clientes de HMO de CA: PO 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 de California: [860-262-7705](tel:860-262-7705)),

CRCoordinator@aetna.com.

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles en el Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU., disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamando al [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019), [800-537-7697](tel:800-537-7697) (TDD).

Aetna es el nombre de marca usado para los productos y servicios proporcionados por uno o más de los grupos de compañías subsidiarias de 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 obula, kpọọ nomba 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	လၢတၢ်ကမၤကိၣ်တၢ်မၤစၢၣ်အတၢ်ဝံးတၢ်မၤတဖၣ် လၢတၢ်အိၣ်ခိၣ်အံၤလၢတၢ်ကတၢၢ်အိၣ်အံၤကိၣ်တၢ်ဘၣ်လိၣ်တံၢ်နီၣ်ကံၤလၢတၢ်အိၣ်ခိၣ်နီၣ်ကံၤ ၁ (၅၅) အလံၤတၢ်ကတၢၢ်
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 دەستگیرکردن بە خزمەتگوزاری زمان بەی تێچوون بۆ تۆ، پەیوەندی بکە بە ژمارەی سەر ئای دی (ID) کارتی خۆت.
Lao	ເພື່ອຂ້າຖົງບໍລິການພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.
Marathi	आपल्याला कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवांपर्यंत पोहोचण्यासाठी, आपल्या ID कार्डवरील क्रमांकावर फोन करा.
Marshallese	Ñan bōk jipañ kōn kajin ilo an ejjeļok wōņean ñan kwe, kwōn kallok nōmba eo ilo kaat in ID eo aṃ.
Micronesian-Ponapean	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih nempe nan amhw doaropwe en ID.
Mon-Khmer, Cambodian	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។
Navajo	T'áa ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo b'ááh ílínígóó naaltsoos bee atah nílíigo nanitinígíí bee néého'dólzinígíí béésh bee hane'í biká'ígíí áají' hólne'.
Nepali	भाषासम्बन्धी सेवाहरूमाथि निःशुल्क पहुँच राख्न आफ्नो कार्डमा रहेको नम्बरमा कल गर्नुहोस्।
Nilotic-Dinka	Të kcor yin ran de wëër de thokic ke cin wëu kor keek tënɔŋ yin. Ke yin cɔl ran ye koc kuony në namba de abac tō në ID kard duɔn de tiit 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.

