



# Forma de inscripción/cambio para empleados de pequeñas empresas de California (de 1 a 100 empleados)

The English version of this form is the official version and the Spanish version is for informational purposes only.  
La versión en inglés de esta forma es la versión oficial, y la versión en español solo tiene fines informativos.

Las siguientes entidades brindan cobertura: Aetna Health of California Inc. para HMO, Aetna Dental of California Inc. para la cobertura dental (solo DMO®) y Aetna Life Insurance Company para todas las demás coberturas. Para la cobertura de la vista, First American Administrators, Inc. brinda algunos servicios de administración de reclamos. EyeMed Vision Care, LLC ("EyeMed") brinda algunos servicios de administración de la red.

Identificador único del patrocinador del plan (PSUID) o número de cuenta (si está disponible)

N.º de identificación de miembro de Aetna (si está disponible)

Nombre de la compañía		<b>INSTRUCCIONES:</b> Usted, el empleado, debe completar esta forma de solicitud de inscripción en su totalidad. De lo contrario, le será devuelta a usted o a su empleador y se demorará el procesamiento. Usted es el único responsable de que los datos sean exactos y completos. <b>Si quiere inscribirse, asegúrese de firmar y colocar la fecha en el campo "Firma del empleado" en la página 6. Si quiere rechazar la cobertura, debe completar la sección F en la página 6.</b> Use solo tinta negra para completar esta forma de solicitud.	
Fecha de entrada en vigor	<input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Recontratación/reactivación <input type="checkbox"/> Nueva inscripción de grupo <input type="checkbox"/> Inscripción tardía	<input type="checkbox"/> Agregar cónyuge/hijo dependiente <input type="checkbox"/> Cambiar cobertura <input type="checkbox"/> Cambiar nombre <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Terminación del empleado <input type="checkbox"/> Retirar cónyuge/hijo dependiente <input type="checkbox"/> Cancelar cobertura
Fecha de contratación	<input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Exención	Siempre que aparezca el término "cónyuge", se interpretará también como pareja doméstica.	Siempre que aparezca el término "cónyuge", se interpretará también como pareja doméstica.
<input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Cal-COBRA para: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Dependiente Duración de la continuación: <input type="checkbox"/> 18 meses <input type="checkbox"/> 36 meses <input type="checkbox"/> Otra _____ Hecho condicionante _____ Fecha original del hecho condicionante _____ Fecha de pérdida de la cobertura _____			

## A. Información del empleado. Usted debe completar esta sección. Complete con letra de imprenta legible.

N.º de Seguro Social o de identificación fiscal del miembro*		Apellido, nombre, inicial del segundo nombre	
Dirección de residencia (no se aceptan apartados postales)	N.º de apto.	Ciudad, estado	Código postal
Dirección laboral (no se aceptan apartados postales)		Ciudad, estado	Código postal
Teléfono particular/celular ( ) -	Teléfono laboral ( ) -	Idioma primario (opcional)	Cantidad de dependientes que se inscriben en la cobertura médica, incluido el cónyuge
Cantidad de horas que trabaja por semana	Marque una opción: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> 1099 <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Sindicato <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Medio tiempo		Cargo

\* El número de Seguro Social es opcional; el número de identificación fiscal es aceptable. Proporcione el número de Seguro Social o de identificación fiscal.

**B. Selección de la cobertura. Completar con letra de imprenta legible.**

N.º de control/grupo	Sufijo	Cuenta	N.º de plan
<b>1. Selección de la cobertura médica:</b> Seleccione un plan médico marcando la casilla apropiada más abajo (su empleador debe ofrecer ese plan).			
<b>HMO Plans</b>			
<input type="checkbox"/> CA Platinum HMO \$20/40 0	<input type="checkbox"/> CA Gold HMO AVN \$35/65 0		
<input type="checkbox"/> CA Gold HMO \$25/50 500	<input type="checkbox"/> CA Silver HMO AVN \$50/70 0		
<input type="checkbox"/> CA Gold HMO \$25/65 1250	<input type="checkbox"/> CA Silver HMO AVN \$55/90 2500 M		
<input type="checkbox"/> CA Gold HMO \$30/60 0	<input type="checkbox"/> CA Silver HMO AVN \$60/100 2500		
<input type="checkbox"/> CA Gold HMO \$35/65 0	<input type="checkbox"/> CA Platinum HMO AWH SoCA \$20/30 0 M		
<input type="checkbox"/> CA Silver HMO \$50/70 0	<input type="checkbox"/> CA Platinum HMO AWH SoCA \$20/40 0		
<input type="checkbox"/> CA Silver HMO \$60/100 2500	<input type="checkbox"/> CA Gold HMO AWH SoCA \$25/50 500		
<input type="checkbox"/> CA Bronze HMO \$60/95 5800 M	<input type="checkbox"/> CA Gold HMO AWH SoCA \$25/65 1250		
<input type="checkbox"/> CA Bronze HMO \$75/125 8550	<input type="checkbox"/> CA Gold HMO AWH SoCA \$30/60 0		
<input type="checkbox"/> CA Platinum HMO AVN \$20/30 0 M	<input type="checkbox"/> CA Gold HMO AWH SoCA \$35/55 250 M		
<input type="checkbox"/> CA Platinum HMO AVN \$20/40 0	<input type="checkbox"/> CA Gold HMO AWH SoCA \$35/65 0		
<input type="checkbox"/> CA Gold HMO AVN \$25/50 500	<input type="checkbox"/> CA Silver HMO AWH SoCA \$50/70 0		
<input type="checkbox"/> CA Gold HMO AVN \$25/65 1250	<input type="checkbox"/> CA Silver HMO AWH SoCA \$55/90 2500 M		
<input type="checkbox"/> CA Gold HMO AVN \$30/60 0	<input type="checkbox"/> CA Silver HMO AWH SoCA \$60/100 2500		
<input type="checkbox"/> CA Gold HMO AVN \$35/55 250 M			
<b>Open Access Managed Choice Plans</b>			
<input type="checkbox"/> CA Platinum MC 90/50 0 M	<input type="checkbox"/> CA Platinum MC Savings Plus 90/50 0 M		
<input type="checkbox"/> CA Platinum MC 80/50 250	<input type="checkbox"/> CA Platinum MC Savings Plus 80/50 250		
<input type="checkbox"/> CA Gold MC 90/50 3300 HSA	<input type="checkbox"/> CA Gold MC Savings Plus 90/50 3300 HSA		
<input type="checkbox"/> CA Gold MC 80/50 350 M	<input type="checkbox"/> CA Gold MC Savings Plus 80/50 350 M		
<input type="checkbox"/> CA Gold MC 80/50 1500	<input type="checkbox"/> CA Gold MC Savings Plus 80/50 1500		
<input type="checkbox"/> CA Gold MC 75/50 500	<input type="checkbox"/> CA Gold MC Savings Plus 75/50 500		
<input type="checkbox"/> CA Gold MC 70/50 1250	<input type="checkbox"/> CA Gold MC Savings Plus 70/50 1250		
<input type="checkbox"/> CA Silver MC 65/50 2500 M	<input type="checkbox"/> CA Silver MC Savings Plus 65/50 2500 M		
<input type="checkbox"/> CA Silver MC 65/50 2600	<input type="checkbox"/> CA Silver MC Savings Plus 65/50 2600		
<input type="checkbox"/> CA Silver MC 60/50 2100	<input type="checkbox"/> CA Silver MC Savings Plus 60/50 2100		
<input type="checkbox"/> CA Bronze MC 100 6650 HSA M	<input type="checkbox"/> CA Bronze MC Savings Plus 100 6650 HSA M		
<input type="checkbox"/> CA Bronze MC 50/50 8300	<input type="checkbox"/> CA Bronze MC Savings Plus 50/50 8300		
<b>Open Choice PPO Plan</b>			
<input type="checkbox"/> CA Gold PPO 80/50 1000	<input type="checkbox"/> CA Bronze PPO 55/50 5500		
<input type="checkbox"/> CA Silver PPO 60/50 2100	<input type="checkbox"/> CA Bronze PPO 50/50 8300		

Continúa en la página siguiente.

**B. Selección de la cobertura. Completar con letra de imprenta legible. (Continuación)**

N.º de control/grupo	Sufijo	Cuenta	N.º de plan
----------------------	--------	--------	-------------

**2. Cobertura dental.** Marque una (si corresponde).

**Planes no voluntarios:** ☐ Plan Aetna Dental® - Opción de plan: \_\_\_\_\_ Si elige FOC, marque: ☐ DMO® o ☐ PPO

**Planes voluntarios:** ☐ Plan Aetna Dental® - Opción de plan: \_\_\_\_\_ Si elige FOC, marque: ☐ DMO® o ☐ PPO

**Antes de hoy, ¿tenía cobertura con este plan dental del empleador?** ☐ Sí ☐ No

Se puede tener en cuenta la cobertura acreditable en el caso de nuevos miembros que se inscriben en grupos de traspaso voluntario. Los empleados recién contratados deben marcar lo siguiente, si corresponde:

Empleados recién contratados que seleccionan un plan voluntario **y cuyo plan de Aetna es un grupo de traspaso:** En los últimos 90 días, ¿contó con un plan dental **que incluyera** cobertura básica y preventiva durante 12 meses? Se excluyen los planes de descuento para cuidado dental y aquellos que cubren solo el cuidado preventivo. ☐ Sí ☐ No

**Los empleados en AZ, CA, GA, MA, MD, MO, NC, NJ y TX deben vivir o trabajar dentro del área de servicio de DMO® aprobada para poder inscribirse en el plan DMO®.**

N.º de control	Sufijo	Cuenta	N.º de plan
----------------	--------	--------	-------------

**3. Aetna Vision<sup>SM</sup> Preferred** ☐ Sí ☐ No

**Solo puede elegir un plan de la vista si su empleador ofrece cobertura de la vista.**

**C. Personas cubiertas. Lista de personas a quienes usted inscribe, agrega, cambia o retira de la cobertura. Agregue más hojas si es necesario. Complete la sección D a continuación si tiene dependientes con un apellido diferente del suyo o que viven en otro domicilio.**

**NOTA PARA LA COBERTURA MÉDICA:** Si bien la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act) exige cobertura para hijos dependientes de hasta 26 años de edad, es posible que su plan le brinde cobertura para hijos mayores de 26 años. Los hijos discapacitados pueden estar cubiertos aunque sean mayores de 26 años. Consulte los documentos del plan o comuníquese con el administrador de beneficios.

<b>1</b>	<b>Nombre del empleado</b> (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	
	Estado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> En pareja doméstica	Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	Consultorio del médico de cuidado primario (PCP) Número de identificación	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí	N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí
<b>2</b>	<b>Nombre del cónyuge</b> (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	
	Relación <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Otra _____	Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	N.º de identificación del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí	N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí
<b>3</b>	<b>Nombre del hijo</b> (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	
	Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otra _____	Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	N.º de identificación del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí	N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí
<b>4</b>	<b>Nombre del hijo</b> (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	
	Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otra _____	Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	N.º de identificación del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí	N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí
<b>5</b>	<b>Nombre del hijo</b> (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)			Sexo (M/F)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	
	Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otra _____	Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	N.º de identificación del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí	N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí

Continúa en la página siguiente.

**C. Personas cubiertas (continuación)**

6	Nombre del hijo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Sexo (M/F)	N.º de Seguro Social		Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	
	Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otra _____	Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista		N.º de identificación del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí	N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí

  

7	Nombre del hijo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Sexo (M/F)	N.º de Seguro Social		Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /	
	Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otra _____	Elige cobertura: <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista		N.º de identificación del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí	N.º de identificación del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/> Sí

**D. Información de los dependientes**

Enumere a todos los dependientes de la sección C que tengan apellido diferente o que vivan en otro domicilio.	
Nombre	Dirección

**E. Coordinación de beneficios**

¿Tendrá otro seguro de salud al mismo tiempo que esta cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si respondió que <b>sí</b> , ¿la cobertura de Aetna que solicita reemplazará la cobertura que tiene ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre de la persona	Compañía de seguros	Nombre de la persona	Compañía de seguros

**Condiciones de inscripción**

**AVISO: La ley de California prohíbe que las compañías de seguros de salud requieran o utilicen la prueba de VIH como condición para obtener cobertura de seguro de salud.**

Entiendo que las siguientes entidades legales (denominadas, de forma colectiva, "Aetna") aseguran los planes que solicito:

- Aetna Health of California Inc. asegura los planes HMO.
- Aetna Life Insurance Company asegura los planes de la vista de Aetna, los planes Elect Choice EPO y los planes Managed Choice POS.
- Aetna Dental of California Inc. y Aetna Life Insurance Company aseguran los planes dentales de Aetna.

1. La solicitud de mi empleador determina la cobertura. No tendré cobertura hasta que Aetna apruebe mi forma de inscripción y la solicitud del empleador. Aunque en Aetna aprueben la solicitud del empleador, el fraude, las declaraciones falsas o las omisiones intencionales de hechos sustanciales ocasionarían la denegación de reclamos posteriores. Además, Aetna podría rescindir o reevaluar mi cobertura conforme a la póliza, a partir de la fecha de entrada en vigor, a fin de determinar si cumplo con los requisitos y los criterios de clasificación. Si Aetna anula o rescinde la cobertura, es posible que tenga derecho a un reembolso de primas pagas a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura. Aetna enviará un aviso por correo certificado con un mínimo de 30 días de anticipación a cualquier persona cubierta afectada por la rescisión propuesta. Sin embargo, después de 24 meses a partir de la emisión de la póliza, Aetna no rescindiré la póliza por ningún motivo y no cancelará ni limitará la póliza ni aumentará las primas adeudadas de la póliza a causa de información falsa o inexacta en esta forma de solicitud, sea intencional o no. Aetna no basa las reglas de cumplimiento de los requisitos para los seguros médicos, dentales o de la vista en ninguno de los siguientes factores:

- Estado de salud.
- Afección médica, incluidas enfermedades mentales y físicas.
- Experiencia con reclamos.
- Recepción de cuidado de salud.
- Historia clínica.
- Información genética.
- Evidencia de asegurabilidad, incluidas afecciones que surjan a causa de violencia doméstica.
- Cualquier otro factor relacionado con el estado de salud, según se establece en las regulaciones, normas o pautas federales sancionadas conforme a la sección 2705 de la Ley de Servicios de Salud Pública (Public Health Service Act).

Continúa en la página siguiente.

**Condiciones de inscripción (continuación)**

2. Las estipulaciones del *Contrato de grupo* o de la *Póliza de grupo* determinarán los derechos y las responsabilidades de los miembros y regirán en caso de conflicto con lo siguiente:
  - Comparación de beneficios.
  - Resumen.
  - Otra descripción del plan.
3. Los médicos, los hospitales y otros proveedores del cuidado de la salud participantes son contratistas independientes. No son agentes ni empleados de Aetna. No podemos garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular. Las redes de proveedores están sujetas a cambios. Brindaremos una notificación de los cambios de acuerdo con las leyes estatales aplicables.
4. Solicite una comunicación confidencial para mantener la privacidad de su información médica.
5. Entiendo que, con ciertas excepciones descritas en los documentos del plan, los planes HMO y DMO® solo brindan cobertura de beneficios dentro de la red. En los documentos del plan también se describe si necesito remisión para ciertos procedimientos y quiénes brindan el cuidado. Los profesionales o entidades a continuación pueden brindar los servicios cubiertos:
  - Médicos de cuidado primario participantes.
  - Dentistas de cuidado primario participantes.
  - Especialistas participantes.
  - Hospitales participantes.
  - Farmacias participantes.
  - Dentistas participantes.
  - Otros proveedores participantes autorizados conforme a la remisión de un médico de cuidado primario participante.

Declaro que, a mi leal saber y entender, toda la información provista en esta forma de solicitud es verdadera y completa. He leído y acepto las condiciones de inscripción que se describen en esta forma de solicitud de inscripción o cambio. Entiendo que, si no firmo y envío esta forma de solicitud dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que comienzo a cumplir con los requisitos, o si Aetna no recibe la solicitud dentro de un período razonable, el cumplimiento de dichos requisitos podría verse afectado. Soy empleado del empleador que se menciona en la página 1. Trabajo a tiempo completo, por lo menos, 30 horas semanales (o entre 20 y 29 horas semanales si mi empleador lo determina) para este empleador en el lugar usual de trabajo. Autorizo las deducciones de mis ingresos a fin de satisfacer las contribuciones requeridas para la cobertura. Acepto pagar todo monto necesario para la cobertura.

**Para recibir los documentos de manera electrónica, ingrese en su cuenta segura para miembros, en [Aetna.com](https://www.aetna.com).**

**Para su protección, la ley de California exige que se informe lo siguiente en esta forma: Toda persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o enmendar cobertura de seguro o para hacer un reclamo para recibir pago por pérdida comete un delito y podría estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.**

<b>Firma del empleado SOLO en caso de solicitar cobertura para el empleado o los dependientes.</b>	<b>Correo electrónico del empleado</b>	<b>Fecha (día/mes/año)</b>
<input type="checkbox"/> ME INSCRIBO EN LA COBERTURA: <b>Firma del empleado X</b>		

**Si un agente de seguros lo ayudó a completar esta solicitud, hágalo firmar a continuación.**

☐ No recibí ayuda de un agente de seguros.

**Certificación del agente de seguros:**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre en letra de imprenta), certifico lo siguiente:

1. Que la información que figura en la forma de inscripción/cambio es completa y exacta.
2. Que le expliqué al empleado el riesgo de proporcionar información inexacta, en un lenguaje simple para que resulte fácil de entender, y que el empleado comprendió la explicación.

Si usted, como agente de seguros, declara a sabiendas que algún hecho importante es verdadero sabiendo que es falso, no solo estará sujeto a los recursos y las sanciones disponibles según la ley actual, sino también a una sanción civil de hasta diez mil dólares (\$10,000).

**Firma del agente de seguros:** \_\_\_\_\_

**F. Rechazo de la cobertura. Marque todo lo que corresponda.**

Comprendo que cumplo con los requisitos para solicitar esta cobertura a través de mi empleador. Sin embargo, rechazo la cobertura que marco a continuación.

<input type="checkbox"/> <b>Empleado:</b> <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	<b>Motivos por los que se rechaza la cobertura</b>	<input type="checkbox"/> Cobertura según COBRA
<input type="checkbox"/> <b>Cónyuge:</b> <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	<input type="checkbox"/> Cobertura de grupo del cónyuge	<input type="checkbox"/> Seguro por medio de otro trabajo
<input type="checkbox"/> <b>Hijos:</b> <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De la vista	<input type="checkbox"/> Cobertura de grupo de los padres	<input type="checkbox"/> Cobertura militar/TRICARE
	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Cobertura individual (a través del Mercado de Seguros Médicos)
	<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Cobertura individual (por fuera del Mercado de Seguros Médicos)
	<input type="checkbox"/> Cobertura para jubilados	<input type="checkbox"/> No tengo otra cobertura
	<input type="checkbox"/> Otro plan de grupo brindado por mi empleador	<input type="checkbox"/> No quiero cobertura
		<input type="checkbox"/> Otro _____

Certifico que se me ha dado el derecho a solicitar esta cobertura. Sin embargo, la rechazo como se menciona antes. Al rechazar esta cobertura de grupo, entiendo que es posible que mis dependientes o yo tengamos que esperar hasta el próximo aniversario del plan para inscribirnos en la cobertura de grupo.

<b>Firma del empleado SOLO en caso de rechazar la cobertura para el empleado o los dependientes.</b>	<b>Fecha (día/mes/año)</b>
<b>X RECHAZO LA COBERTURA:</b> Firma del empleado	

## Nondiscrimination Notice – California

Aetna does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Aetna provides free aids and services to people with disabilities and free language services to people whose primary language is not English.

These aids and services include:

- Qualified language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, have questions about our non-discrimination policy, or have a discrimination-related concern that you would like to discuss, contact the number on your ID card. Not an Aetna member? Call us at **1-800-872-3862**.

If you believe that Aetna has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator at:

- Address: P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (HMO customers: P.O. Box 24030 Fresno, CA 93779)
- Email: [CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com)

Please visit <https://www.aetna.com/individuals-families/member-rights-resources/complaints-grievances-appeals.html#california> for information about how to file a complaint or grievance with the California Department of Insurance or California Department of Managed Health Care (for HMO enrollees).

You can also file a discrimination complaint with the United States Department of Health and Human Services Office for Civil Rights if there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, age, disability, or sex by following the instructions on the Department's website: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

1076950-01-01 (4/22)

## Language accessibility statement

Interpreter services are available for free.

TTY: 711

To access language services at no cost to you, call **1-800-385-4104**.

Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al **1-800-385-4104** (Spanish)

如欲使用免費語言服務，請致電 **1-800-385-4104**。(Chinese)

Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số **1-800-385-4104**. (Vietnamese)

Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa **1-800-385-4104**. (Tagalog)

무료 언어 서비스를 이용하려면 **1-800-385-4104** 번으로 전화해 주십시오. (Korean)

Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք **1-800-385-4104** հեռախոսահամարով: (Armenian)

برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-800-385-4104 تماس بگیرید (Persian-Farsi)

Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону **1-800-385-4104**. (Russian)

言語サービスを無料にご利用いただくには、**1-800-385-4104** までお電話ください。(Japanese)

للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم

**1-800-385-4104**. (Arabic)

ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, **1-800-385-4104** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। (Punjabi)

ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-385-4104** ។ (Mon-Khmer, Cambodian)

1076950-01-01 (4/22)

Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu **1-800-385-4104**. (Hmong)

आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, **1-800-385-4104** पर कॉल करें। (Hindi)

หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทร **1-800-385-4104** (Thai)

## Notice of Language Assistance

### **HMO and DMO-based plans:**

IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For free help, please call right away at **1-877-287-0117**.  
Planes basados en DMO y HMO –

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? En caso de no poder leerla, le brindamos nuestra ayuda. También puede obtener esta carta escrita en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, por favor llame de inmediato al **1-877-287-0117**.

### **Traditional Plans:**

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or **1-877-287-0117**. For more help call the CA Dept. of Insurance at **1-800-927-4357** English

Servicios de idiomas sin costo. Puede obtener un intérprete. Le pueden leer documentos y que le envíen algunos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al **1-877-287-0117**. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al **1-800-927-4357**. Spanish

1076950-01-01 (4/22)



TTY: 711

To access language services at no cost to you, call 1-888-238-6201.

Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-888-238-6201. (Spanish)

如欲使用免費語言服務，請致電 1-888-238-6201。 (Chinese)

Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-888-238-6201. (French)

Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa 1-888-238-6201. (Tagalog)

T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo bááh ílínígóó koji' hólne' 1-888-238-6201. (Navajo)

Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-888-238-6201 an. (German)

Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi 1-888-238-6201. (Albanian)

የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-888-238-6201 ይደውሉ። (Amharic)

للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-888-238-6201. (Arabic)

Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 1-888-238-6201 հեռախոսահամարով: (Armenian)

Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, hamagara 1-888-238-6201 (Bantu)

আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে এই নম্বরে টেলিফোন করুন: 1-888-238-6201। (Bengali)

Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-888-238-6201. (Bisayan-Visayan)

သင့်အနေဖြင့် အခကြေးငွေ မပေးရပဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ရန် 1-888-238-6201 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ (Burmese)

Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-888-238-6201. (Catalan)

Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang 1-888-238-6201. (Chamorro)

ᎠᎵᏍᏔᎦ ᎠᎵᏍᏔᎦ ᎠᎵᏍᏔᎦ ᎠᎵᏍᏔᎦ ᎠᎵᏍᏔᎦ ᎠᎵᏍᏔᎦ ᎠᎵᏍᏔᎦ 1-888-238-6201. (Cherokee)

Anumpa tohsholi I toksvli ya peh pilla ho ish I paya hinla, I paya 1-888-238-6201. (Choctaw)

Tajaajiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-888-238-6201. (Cushite-Oromo)

Voor gratis toegang tot taaldiensten, bell 1-888-238-6201. (Dutch)

Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-888-238-6201. (French Creole-Haitian)

Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-888-238-6201. (Greek)

તમારે કોઈ જાતના ખર્ચ વિના ભાષાની સેવાઓની પહોંચ માટે, કોલ કરો 1-888-238-6201. (Gujarati)

No ka wala'au 'ana me ka lawelawe 'ōlelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-888-238-6201. Kāki 'ole 'ia kēia kōkua nei. (Hawaiian)

आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, 1-888-238-6201 पर कॉल करें। (Hindi)

Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-888-238-6201. (Hmong)

Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-888-238-6201. (Ibo)

Tapno maaksesyo dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-888-238-6201. (Ilocano)

Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-888-238-6201. (Indonesian)

Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-888-238-6201 (Italian)

言語サービスを無料でご利用いただくには、1-888-238-6201 までお電話ください。 (Japanese)

လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကိၣ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတၢ်အိၣ်ဒီးအပူၤလၢကတၢၢ်ဟ့ၣ်အိၣ်အိၣ်တၢ်န့ၣ် ကိး 1-888-238-6201 တက့ၢ်. (Karen)

무료 언어 서비스를 이용하려면 1-888-238-6201 번으로 전화해 주십시오. (Korean)

M̈dyi wuḍu-dù kà kò dò bë d̈yi múuñ n̈i Pídyi ní, n̈íí, dá nòbà n̈ià kɛ: 1-888-238-6201. (Kru-Bassa)

بو دەسپێر اگەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تیچوون بو تو، پەیوەندی بکە بە ژمارەی 1-888-238-6201. (Kurdish)

ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-238-6201. (Laotian)

कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी, 1-888-238-6201 वर फोन करा. (Marathi)

Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirlök 1-888-238-6201. (Marshallese)

Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-888-238-6201. (Micronesia-Pohnpeian)

ដើម្បីទទួលបានសេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-888-238-6201។ (Mon-Khmer, Cambodian)

निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-888-238-6201 मा टेलिफोन गर्नुहोस् । (Nepali)

Të koor yin wëër de thokic ke cîn wëu kor keek tënɔŋ yîn. Ke cɔl kɔc ye kɔc kuony ne nɔmba 1-888-238-6201. (Nilotic-Dinka)

For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-888-238-6201. (Norwegian)

Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-888-238-6201. (Pennsylvania Dutch)

برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-888-238-6201 تماس بگیرید. (Persian-Farsi)

Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonić 1-888-238-6201 (Polish)

Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-888-238-6201. (Portuguese)

ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, 1-888-238-6201 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। (Punjabi)

Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apălați 1-888-238-6201. (Romanian)

Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-888-238-6201. (Russian)

Mo le mauaina o auaunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le 1-888-238-6201. (Samoan)

Za besplatne prevodilačke usluge pozovite 1-888-238-6201. (Serbo-Croatian)

Heeba a nasta jangirde djeɣ wolde wola chede bo apelou lamba 1-888-238-6201. (Sudanic-Fulfulde)

Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga 1-888-238-6201. (Swahili)

ܡܝ ܫܒܩܐ، ܕܗ ܟܠ ܝܠܪܝܚܐ ܐܢܬܐ ܥܠܝܬܐ ܕܡܢ ܨܠܘܬܐ، ܡܢ ܦܚܥܐ:  
 (Syriac-Assyrian) 1-888-238-6201

మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునేందుకు, 1-888-238-6201 కు కాల్ చేయండి. (Telugu)

หากท่านต้องการเข้าถึงบริการทางด้านภาษาโดยไม่ค่าใช้จ่าย โปรดโทร 1-888-238-6201 (Thai)

Kapau 'oku ke fiema'u ta'etōtōngi 'a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he 1-888-238-6201.  
(Tongan)

Ren omw kopwe angei aninisin eman chon awewei (ese kamo), kopwe kori 1-888-238-6201. (Trukese)

Sizin için ücretsiz dil hizmetlerine erişebilmek için, 1-888-238-6201 numarayı arayın. (Turkish)

Щоб отримати безкоштовний доступ до мовних послуг, задзвоніть за номером 1-888-238-6201. (Ukrainian)

بلا قیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، 1-888-238-6201 پر بات کریں۔ (Urdu)

Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-888-238-6201. (Vietnamese)

צו צוטריט שפראך באדינונגען אין קיין פרייז צו איר, רופן 1-888-238-6201. (Yiddish)

Lati wonú awon ise èdè l’ofe fun o, pe 1-888-238-6201. (Yoruba)