

Para: División de planes de salud

Fecha: \_\_\_\_\_  
Fecha de hoy: mes, día, año

Departamento de Atención Administrada  
320 West 4<sup>th</sup> Street, Suite 750  
Los Angeles, CA 90013-1105

**REF: QUEJA POR CANCELACIÓN O RECHAZO DE LA RENOVACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD**

El que suscribe solicita que el Director revise la cancelación o el rechazo de la renovación de la suscripción o inscripción para obtener beneficios del plan de salud conforme al artículo 1365 de la Ley Knox-Keene para Planes de Servicios de Atención de Salud (Knox-Keene Health Care Service Plan Act) de 1975, según se detalla a continuación:

1. Nombre de la persona cuyos beneficios fueron cancelados o no fueron renovados:

\_\_\_\_\_  
Nombre completo: primer nombre, segundo nombre y apellidos

2. Nombre del solicitante, si no coincide con el nombre en el punto "1" más arriba:

\_\_\_\_\_  
Nombre completo: primer nombre, segundo nombre y apellidos

3. Nombre del plan:

\_\_\_\_\_

4. Número de identificación o número de cuenta del solicitante o de la persona inscrita:

\_\_\_\_\_

5. Si corresponde, número de identificación del grupo:

\_\_\_\_\_

6. Fecha en que se recibió el aviso de cancelación o rechazo de la renovación:

Fecha de aviso: \_\_\_\_\_  
Mes, día, año

7. Adjuntar copias de:

- (a) El aviso de cancelación o rechazo de la renovación que le envió el plan.
- (b) Cualquier correspondencia que haya mantenido con el plan en relación con la cancelación o el rechazo de la renovación.

8. Indique por qué cree que es inadecuado que el plan haya cancelado o rechazado la renovación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. ¿Sabe si existe algún fundamento para la cancelación o para el rechazo de la renovación conforme a los términos del acuerdo con el plan?

Sí  No

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Explique por qué cree que la causa o las causas de la cancelación enumeradas en el aviso de cancelación que le envió el plan no son adecuadas o ciertas. Adjunte copias de todos los documentos relacionados con su explicación.

---

---

---

---

---

11. ¿La cancelación o el rechazo de la renovación no permite la prestación de atención médica a alguna persona que actualmente la necesite o interfiere con dicha prestación?

Sí  No

---

---

---

12. La persona que figura en el punto 1 más arriba, cuyos beneficios fueron cancelados, ¿ha recibido atención médica o de salud desde el momento de la cancelación? Si la respuesta es "sí", ¿qué servicios ha recibido y cuánto costaron?

Sí  No

---

---

---

Firma de la persona que presenta la queja: \_\_\_\_\_

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a ningún individuo por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Aetna brinda servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades y a las que necesitan asistencia de idioma. Si necesita un intérprete calificado, la información escrita en un formato alternativo, servicios de traducción u otro tipo de servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación. Si cree que no brindamos estos servicios de manera adecuada o que discriminamos por alguna de las características mencionadas más arriba, puede comunicarse con el Civil Rights Coordinator y presentarle una reclamación:

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 14462

Lexington, KY 40512 (CA HMO customers: PO Box 24030 Fresno, CA 93779)

**1-800-648-7817, TTY: 711**

Fax: **859-425-3379** (CA HMO customers: **860-262-7705**)

E-mail: **CRCoordinator@aetna.com**

También puede presentar una queja en el portal de quejas en Internet de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en

**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por escrito a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509 F, HHH Building, Washington, DC 20201.

Además, puede llamar al **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD).



Hindi	बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिए नंबर पर कॉल करें।
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 akwughị ụgwọ obula, 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	လၢၤတၢ်ကမ္ဘာၤကိၣ်တၢ်မၤတၢ်အၢၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ် လၢၤတၢ်အိၣ်ဒီးအပူၤလၢၤနကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ကိးဘၣ်လိတံစိနီၣ်ကံၤလၢၤအိၣ်လၢၤနနိၣ်ကိၤ ၀ (၅၅) အလိၣ်တက့ၢ်ၤ
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 دەسپێژاگەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بۆ تو، پەیوەندی بکە بە ژمارەی سەر ئای دی (ID) کارتێ خۆت.
Lao	ເພື່ອເຂົ້າເຖິງບໍລິການພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທລະສັບໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.
Marathi	आपल्याला कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवांपर्यंत पोहोचण्यासाठी, आपल्या ID कार्डावरील 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	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។
Navajo	<i>T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo bááh ilnígóó naaltsoos bee atah nílįigo nanitinígíí bee néého'dólzinígíí béésh bee hane'í biká'ígíí áaji' hólne'.</i>
Nepali	भाषासम्बन्धी सेवाहरूमाथि निःशुल्क पहुँच राख्न आफ्नो कार्डमा रहेको नम्बरमा कल गर्नुहोस्।
Nilotic-Dinka	Tè kwoɾ yīn ran de wëër de thokic ke cīn wëu kɔr keek tēnɔŋ yīn. Ke yīn cɔl ran ye kɔc kuony në namba de abac tō në ID kard duɔn 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।

