

# Solicitud de cobertura de transición de la atención

Categoría ECHS - TCRF

*Personal y confidencial*

Se aplica a:  
**Planes de Aetna®**

**Todos los beneficios de salud y planes de seguro de salud ofrecidos, suscritos o administrados por:  
Allina Health y Aetna Health Insurance Company (Allina Health)**



Aquí tiene el formulario que solicitó para la cobertura de transición de la atención de su plan de salud. Si aprobamos su solicitud, el plan de salud cubrirá la atención continua en el más alto nivel de beneficios para lo siguiente:

- Un médico fuera de la red.
- Algunos otros proveedores de atención médica que lo han tratado.

Una vez que revisemos su formulario completo, le enviaremos una carta explicando nuestra decisión.

## **Algunos aspectos 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. Debe 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. La herramienta de búsqueda de proveedores en línea se encuentra en el sitio web del plan de salud. En él puede averiguar si su médico está en la red o 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 enviárnoslo**

**Paso 1:** Complete las siguientes secciones:

1. **Sección 1** (Información del plan).
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.

**Paso 2:** Entregue el formulario al **médico o proveedor de atención médica** para que complete la **Sección 4 en la página 5**, incluida la información de diagnóstico y tratamiento solicitada en la **página 6**.

**Paso 3:** **Envíenos por fax o envíe** el formulario completo para que lo revisemos. Puede enviar por correo el formulario completo a la dirección que figura en su tarjeta de identificación. Debe completar un formulario para cada proveedor de atención médica.

**Paso 4:** También puede enviar una copia digital del formulario si ingresa en el sitio web seguro para miembros en [Aetna.com](https://www.aetna.com). **Una vez que inicie sesión**, haga clic en **“Support” (Ayuda) > “Contact Us” (Contactarnos) > “Send a Message” (Enviar un mensaje)**. Desde el Centro de Mensajes, haga clic en **“New Message” (Nuevo mensaje) > “Send Message” (Enviar mensaje)**. Desde allí, elija el tema de mensaje **“Other” (Otro)** y cargue su formulario completo.

**Envíe las solicitudes por correo electrónico a [MedicarePrecert@aetna.com](mailto:MedicarePrecert@aetna.com)  
o las solicitudes médicas por fax al [860-900-7250](tel:860-900-7250)**

**Envíe por fax las solicitudes de salud mental/consumo de sustancias a [959-282-8799](tel:959-282-8799)**

**Envíe por fax las solicitudes de medicamentos inyectables administrados en un entorno médico (consultorio del médico o centro de infusión) al [1-844-268-7263](tel:1-844-268-7263)**

**Asegúrese de completar todos los campos en las páginas 4, 5 y 6.**  
*De esa manera, su solicitud se responderá más rápido.*

*Aetna es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por uno o más de los grupos de compañías de Aetna, incluyendo 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 atención (TOC)?**

**R.** La cobertura TOC es temporal. Medicare no exige la entrega de este formulario. Aplicamos automáticamente 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.

**o bien**

- 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 es solo para el médico solicitado. 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.

**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 OB o del centro.
- Está recibiendo un tratamiento del proveedor o centro para una afección grave y compleja, como quimioterapia o radioterapia.
- Se determina que padece una enfermedad terminal (tiene un pronóstico médico en el que su esperanza de vida es de seis meses o menos) y está recibiendo tratamiento para esa enfermedad de parte 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. (Debe haber recibido al menos una sesión de tratamiento dentro de los 30 días antes de que cambie 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

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

**R.** Esto incluye profesionales de 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. 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.

# Preguntas y respuestas sobre la cobertura de transición de la atención

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

**R.** No.

**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. Luego le enviaremos una carta por correo postal de EE. UU. En la carta se le informará si la aprobamos o no.

# Solicitud de cobertura de transición de la atención

*Personal y confidencial*

Categoría ECHS - TCRF

**Servicios médicos      Salud mental/consumo de sustancias**

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

**¿Quién presenta la solicitud?      Miembro      Proveedor**

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

Nombre del plan (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 suscriptor o paciente que presenta la solicitud (horario de atención habitual, de 09:00 a. m. a 05:00 p. m.)	

**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 ( <b>requerida si el paciente tiene 17 años o más</b> )	Fecha (MM/DD/AAAA)
Firma de los padres ( <b>requerida si el paciente tiene 16 años o menos</b> )	Fecha (MM/DD/AAAA)

**Continúa en la siguiente página**

**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).
- Compartir 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.

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.**

## SOLICITUD DE 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 CPT/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): \_\_\_\_\_ Fecha prevista de finalización: (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

### Códigos de diagnóstico y CPT/HCPCS

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ CPT/HCPCS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ CPT/HCPCS: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE SEGUIMIENTO QUIRÚRGICO (POSTOPERATORIO)

¿Es este un seguimiento en 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 CPT/HCPCS

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ CPT/HCPCS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ CPT/HCPCS: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD OBSTÉTRICA

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

Sí No Primera consulta con el OB: (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ Fecha de parto prevista: (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

### Códigos de diagnóstico y CPT/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: (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

### Códigos de diagnóstico y CPT/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.

**Continúa en la siguiente página**

## Declaración falsa

**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 proporcionarle 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.

<b>Firma del paciente/miembro:</b>	<b>Fecha:</b>
------------------------------------	---------------

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a nuestros servicios fuera de la red. Los proveedores de atención médica participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. No se puede garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular. La composición de la red de proveedores está sujeta a cambios. Consulte la Evidencia de cobertura para leer una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan. Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar según el área de servicio.

Y0001\_NR\_7662401\_2026\_SP\_C