



Solicitud de estimación de costos para miembros

Para obtener una estimación de lo que Aetna pagará al médico o a otro proveedor que usted elija y de cuáles serán sus gastos de desembolso, puede hacer lo siguiente:

1. Llevarle el formulario adjunto a su médico u otro proveedor y pedirle que complete la información sobre el procedimiento o servicio que usted recibe; o
2. Llamar gratis a Servicios al Cliente, al número que está en el reverso de su tarjeta de identificación.

Luego, llame a Servicios al Cliente, al número que está en el reverso de su tarjeta de identificación (o aguarde en línea). Un representante le dará una dirección de correo electrónico o un número de fax para que remita el formulario completo.

Correo electrónico: _____

Fax: _____

Tenga a bien remitir el formulario completo. Aetna revisará su solicitud y le enviará la estimación dentro de 2 días hábiles.

Esta es una estimación de lo que pagará por la atención de salud. Los costos reales dependen de los servicios que reciba y de cómo los factura el médico o el centro de atención de salud. Puede hablar con el médico o el centro de atención de salud sobre los servicios, los costos y esta estimación. Esto puede ayudarlo a planear mejor el pago de la atención. El presente documento no constituye una garantía de cobertura. La cobertura se basa en la totalidad de los términos y las condiciones de su plan, así como en la elegibilidad en el momento en que se prestan los servicios.

| | |
|---|---------------------|
| Nombre del miembro | |
| Número de identificación del miembro | Fecha de nacimiento |
| Tipo de servicio que se prestará (es decir, servicios quirúrgicos, terapéuticos, de internación o ambulatorios) | |
| Nombre del proveedor y ubicación donde se prestará el servicio | |
| Número de identificación del proveedor | |

Servicios del médico o del otro proveedor

| | |
|---|--------------------------------------|
| Código de la CPT (código utilizado por los proveedores para identificar el servicio prestado) | Cantidad de unidades |
| Fecha programada para la prestación del servicio (si está disponible) | Monto que cobrará el proveedor \$ |

Servicios del médico o del otro proveedor - Servicio adicional

| | |
|---|--------------------------------------|
| Código de la CPT (código utilizado por los proveedores para identificar el servicio prestado) | Cantidad de unidades |
| Fecha programada para la prestación del servicio (si está disponible) | Monto que cobrará el proveedor \$ |

Servicios del médico o del otro proveedor - Servicio adicional

| | |
|---|--------------------------------------|
| Código de la CPT (código utilizado por los proveedores para identificar el servicio prestado) | Cantidad de unidades |
| Fecha programada para la prestación del servicio (si está disponible) | Monto que cobrará el proveedor \$ |

Centro (hospital, centro quirúrgico, centro radiológico, etc.)

| | | |
|---|----------------------|-------------|
| Nombre del centro y ubicación donde se prestará el servicio | | |
| Número de identificación del centro | | |
| Fecha programada para la prestación del servicio (si está disponible) | | |
| Código de la CPT o código de Impuestos Internos con el que facturará el proveedor | Cantidad de unidades | Cargo \$ |
| Código de la CPT o código de Impuestos Internos con el que facturará el proveedor | Cantidad de unidades | Cargo \$ |
| Código de la CPT o código de Impuestos Internos con el que facturará el proveedor | Cantidad de unidades | Cargo \$ |
| Código de la CPT o código de Impuestos Internos con el que facturará el proveedor | Cantidad de unidades | Cargo \$ |
| Código de la CPT o código de Impuestos Internos con el que facturará el proveedor | Cantidad de unidades | Cargo \$ |

Equipo médico duradero y suministros médicos

| | |
|--|--------------------------------------|
| Nombre del proveedor y ubicación donde se prestará el servicio | |
| Número de identificación del proveedor | |
| Código de la HCPC (código utilizado por los proveedores para identificar el servicio prestado) | Cantidad de unidades |
| Modificador (nuevo equipo o alquiler) | Monto que cobrará el proveedor \$ |
| Fecha programada para la prestación del servicio (si está disponible) | |

Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna ofrece recursos o servicios gratuitos a las personas con discapacidades y para las personas que necesitan ayuda en el idioma.

Si usted necesita un intérprete calificado, información por escrito en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 1-888-772-9682.

Si considera que hemos fracasado en proporcionar estos servicios o, de otra manera, discriminado en base a una clase protegida como se ha indicado anteriormente, también puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles poniéndose en contacto con:

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), CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

TTY: 711

For language assistance in your language call 1-888-772-9682 at no cost. (English)

Para obtener asistencia lingüística en español, llame sin cargo al 1-888-772-9682. (Spanish)

欲取得繁體中文語言協助，請撥打1-888-772-9682，無需付費。(Chinese)

Pour une assistance linguistique en français appeler le 1-888-772-9682 sans frais. (French)

Para sa tulong sa wika na nasa Tagalog, tawagan ang 1-888-772-9682 nang walang bayad. (Tagalog)

Benötigen Sie Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache? Rufen Sie uns kostenlos unter der Nummer 1-888-772-9682 an. (German)

للمساعدة في (اللغة العربية)، الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-888-772-9682. (Arabic)

Pou jwenn asistans nan lang Kreyòl Ayisyen, rele nimewo 1-888-772-9682 gratis. (French Creole)

Per ricevere assistenza linguistica in italiano, può chiamare gratuitamente 1-888-772-9682. (Italian)

日本語で援助をご希望の方は、1-888-772-9682 まで無料でお電話ください。(Japanese)

한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 무료 통화번호인 1-888-772-9682 번으로 전화해 주십시오. (Korean)

برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-888-772-9682 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. انگلیسی (Persian)

Aby uzyskać pomoc w języku polskim, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-888-772-9682. (Polish)

Para obter assistência linguística em português ligue para o 1-888-772-9682 gratuitamente. (Portuguese)

Чтобы получить помощь русскоязычного переводчика, позвоните по бесплатному номеру 1-888-772-9682. (Russian)

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng (ngôn ngữ), hãy gọi miễn phí đến số 1-888-772-9682. (Vietnamese)

57.03.337.2 A (12/16)