



Fecha _____

¿Quién solicita esta apelación? (Seleccione una opción)

- Afiliado Proveedor Otra persona distinta al afiliado

Nombre: _____

Parentesco con el afiliado: _____

INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de identificación de Medicaid: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal: _____

N.º de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Motivo para solicitar la apelación o presentar la queja:

Aetna Better Health® of Illinois
3200 Highland Avenue, F648
Downers Grove, IL 60515



Para las solicitudes de apelación expedita:

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:

Nombre del médico:

Dirección del médico:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del contacto en el consultorio médico:

N.º de teléfono del médico: _____ N.º del fax del médico: _____

*****Adjunte cualquier información que nos ayude a comprender su afección médica y su apelación, y envíela a:**

Aetna Better Health of Illinois
Departamento de Apelaciones y Reclamaciones
PO Box 81139
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181
Fax: **1-844-951-2143**
Correo electrónico: ILAppealandGrievance@AETNA.com

Aetna Better Health® of Illinois

3200 Highland Avenue, F648
Downers Grove, IL 60515



Aetna Better Health® of Illinois

Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las correspondientes leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. Aetna no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

Aetna:

- Provee asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Provee servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104**.

Si cree que Aetna no le proveyó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante nuestro Coordinador de Derechos Civiles en:

Dirección: A la atención de: Civil Rights Coordinator
4500 East Cotton Center Boulevard
Phoenix, AZ 85040

Teléfono: **1-888-234-7358 (TTY: 711)**

Correo electrónico: MedicaidCRCoordinator@aetna.com

Puede plantear una queja en persona, por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para plantear una queja, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está a la orden.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo a la siguiente dirección o por teléfono a los números que aparecen a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building,
Washington, D.C. 20201,
1-800-368-1019,
1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ENGLISH: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card or **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

SPANISH: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

POLISH: UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer podany na odwrocie Twojego identyfikatora lub pod number **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

CHINESE: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電您的 ID 卡背面的電話號碼或 **1-800-385-4104** (TTY: **711**)。

KOREAN: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드 뒷면에 있는 번호로나 **1-800-385-4104** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오.

TAGALOG: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng wikang Tagalog, mayroon kang magagamit na mga libreng serbisyo para sa tulong sa wika. Tumawag sa numero na nasa likod ng iyong ID card o sa **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

ARABIC: ملحوظة: إذا كنت تتحدث باللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل على الرقم الموجود خلف بطاقتك الشخصية أو على **1-800-385-4104** (للصم والبكم: **711**).

RUSSIAN: ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки, или по номеру **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

GUJARATI: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. તમારા આઈડી કાર્ડની પાછળ આપેલા નંબર પર અથવા **1-800-385-4104** પર કૉલ કરો (TTY: **711**).

URDU: توجہ دیں: اگر آپ اردو زبان بولتے ہیں، تو زبان سے متعلق مدد کی خدمات آپ کے لئے مفت دستیاب ہیں۔ اپنے شناختی کارڈ کے پیچھے موجود نمبر پر یا **1-800-385-4104** (TTY: **711**) پر رابطہ کریں۔

VIETNAMESE: CHÚ Ý: nếu bạn nói tiếng việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi số có ở mặt sau thẻ id của bạn hoặc **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

ITALIAN: ATTENZIONE: Nel caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuita. Chiamare il numero sul retro della tessera oppure il numero **1-800-385-4104** (utenti TTY: **711**).

HINDI: ध्यान दें: यदि आप हिंदी भाषा बोलते हैं तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं। अपने आईडी कार्ड के पृष्ठ भाग में दिए गए नम्बर अथवा **1-800-385-4104** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

FRENCH: ATTENTION: si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité ou le **1-800-385-4104** (ATS: **711**).

GREEK: ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε τον αριθμό που θα βρείτε στο πίσω μέρος της ταυτότητάς σα ή στο **1-800-385-4104** (Λειτουργία TTY: **711**).

GERMAN: ACHTUNG: Wenn Sie deutschen sprechen, können Sie unseren kostenlosen Sprachservice nutzen. Rufen Sie die Nummer auf der Rückseite Ihrer ID-Karte oder **1-800-385-4104** (TTY: **711**) an.