aetna®

Solicitud de inscripción/cambio para empleados de pequeñas empresas de California (1 a 50 empleados elegibles)

EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE CALIFORNIA, SIEMPRE QUE APAREZCA EL TÉRMINO "CÓNYUGE" SE INTERPRETARÁ TAMBIÉN COMO PAREJA.

Las siguientes compañías proporcionan esta cobertura: Aetna Health of California Inc. for HMO, Aetna Dental of California Inc. for Dental (solo DMO®) y Aetna Life Insurance Company para todas las demás coberturas.

N.° de grupo

N.° de Seguro Social del solicitante

Nombre de la compañía	**INSTRUCCIONES:** Usted, el empleado, debe completar este formulario de inscripción en su totalidad. De lo contrario, se le devolverá y se retrasará el procesamiento. Usted es el único responsable de que los datos sean exactos y completos. **Si se inscribe, asegúrese de firmar y colocar la fecha en el campo "Firma del empleado" en la página 4. Si renuncia a la cobertura, complete las secciones B y "Rechazo/renuncia de cobertura" en la página 5 únicamente.**

Fecha de entrada en vigor **Fecha de contratación**	☐ Nueva contratación ☐ Recontratación/ reactivación ☐ Nueva inscripción de grupo ☐ Inscripción tardía ☐ Otro _____	☐ Agregar cónyuge/hijo dependiente ☐ Cambio de cobertura ☐ Cambio de nombre ☐ Otro _____	☐ Terminación del empleado ☐ Retirar cónyuge o hijo dependiente ☐ Cancelar cobertura	☐ COBRA ☐ Cal-COBRA para: ☐ Empleado ☐ Dependiente Duración de la continuación: ☐ 18 ☐ 36 ☐ Otra _____ Fecha original del acontecimiento calificado _____ Fecha de pérdida de la cobertura _____

A. Selección de la cobertura. ***Por favor, completar con letra de imprenta legible y tinta negra. (Las secciones sombreadas son para uso exclusivo del empleador/Aetna).***

N.° de control de grupo	Sufijo	Cuenta	N.° de plan	Código de clase

1. Cobertura médica

NOMBRE DEL PLAN	**Redes**			
Elija las opciones de plan y después marque las casillas correspondientes a la red que elija para cada plan.				
☐ Platinum Vitalidad HMO 15	☐ Vitalidad HMO			
☐ Platinum HMO Copay Plan	☐ HMO	☐ AVN HMO	☐ Basic HMO	
☐ Gold HMO 10	☐ HMO	☐ AVN HMO	☐ Basic HMO	☐ PrimeCare
☐ Gold HMO 20	☐ HMO	☐ AVN HMO	☐ Basic HMO	
☐ Gold HMO 30	☐ HMO	☐ AVN HMO	☐ Basic HMO	☐ PrimeCare
☐ Gold HMO Copay Plan	☐ HMO	☐ AVN HMO	☐ Basic HMO	
☐ Silver HMO Deductible 1000	☐ HMO DED	☐ Basic HMO	☐ PrimeCare	
☐ Silver HMO Deductible 1500	☐ HMO DED	☐ Basic HMO		
☐ Silver HMO Deductible 2000	☐ HMO DED	☐ Basic HMO	☐ PrimeCare	
☐ Silver HMO Deductible 3500	☐ HMO DED	☐ Basic HMO		
☐ Silver HMO Deductible Copay Plan	☐ HMO DED	☐ Basic HMO		
☐ Bronze HMO Deductible 5500	☐ HMO DED	☐ Basic HMO	☐ PrimeCare	
☐ Bronze HMO Deductible Plan	☐ HMO DED			
☐ Platinum MC Copay Plan	☐ MC	☐ Savings Plus		
☐ Gold MC 500 80/50	☐ MC	☐ Savings Plus		
☐ Gold MC Copay Plan	☐ MC	☐ Savings Plus		
☐ Silver MC 1000 75/50	☐ MC	☐ Savings Plus		
☐ Silver MC 1000 60/50	☐ MC	☐ Savings Plus	☐ PrimeCare	
☐ Silver MC 1500 60/50	☐ MC	☐ Savings Plus		
☐ Silver MC 2000 60/50	☐ MC	☐ Savings Plus		
☐ Silver MC 3000 65/50	☐ MC	☐ Savings Plus		
☐ Silver MC Coinsurance Plan	☐ MC	☐ Savings Plus		

A. Selección de cobertura *(continuación)*

1. Cobertura médica (*continuación*)

NOMBRE DEL PLAN	Redes			
☐ Bronze MC 3500 50/50	☐ MC	☐ Savings Plus	☐ PrimeCare	
☐ Bronze MC 4000 Copay Plan	☐ MC	☐ Savings Plus		
☐ Bronze MC 6600 100/50	☐ MC	☐ Savings Plus	☐ PrimeCare	
☐ Bronze MC Plan	☐ MC	☐ Savings Plus		
☐ Bronze MC HSA 2500 50/50	☐ MC	☐ Savings Plus		
☐ Bronze MC HSA 3500 70/50	☐ MC	☐ Savings Plus	☐ PrimeCare	
☐ Bronze MC HSA 6300 100/50	☐ MC	☐ Savings Plus	☐ PrimeCare	
☐ Gold PPO 750	☐ PPO			
☐ Silver Indemnity				

N.° de control de grupo	Sufijo	Cuenta	N.° de plan

2. Cobertura dental. Marcar una (si corresponde).

Planes estándares: ☐ Plan Aetna Dental®. Opción de plan: _____ *Para FOC, elija* ☐ DMO® o ☐ PPO

Planes voluntarios: ☐ Plan Aetna Dental®. Opción de plan: _____ *Para FOC, elija* ☐ DMO® o ☐ PPO

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

N.° de control de grupo	Sufijo	Cuenta	N.° de plan

3. Seguro de vida (si corresponde).

☐ Seguro de vida básico/AD&D Ultra® ☐ Seguro de vida opcional para dependiente

Nombre completo del beneficiario (primer nombre, segundo nombre, apellido)	N.° de seguro social del beneficiario	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /
Dirección del beneficiario (número, calle, n.° de apto., ciudad, estado, código postal)	N.° de teléfono ( ) -	Relación con el empleado

B. Información del empleado (*debe ser completado por el empleado).*

N.° de identificación de miembro de Aetna (si está disponible)	Apellido, nombre, inicial del segundo nombre		
Dirección de residencia (no se aceptan apartados postales)	N.° de apto.	Ciudad, estado	Código postal
Dirección laboral (no se aceptan apartados postales)		Ciudad, estado	Código postal

Teléfono particular ( ) -	Teléfono laboral ( ) -	Primer idioma (opcional)	Cantidad de dependientes que se inscriben para cobertura (incluido el cónyuge)

Salario $ _____ ☐ Por hora ☐ Mensual ☐ Semanal	N.° de horas trabajadas por semana	Marcar una opción: ☐ Tiempo completo ☐ 1099 ☐ Estacional ☐ Sindicato ☐ Medio tiempo ☐ Jubilado ☐ Temporal	Cargo

C. Personas cubiertas. *Lista de personas a quienes usted inscribe o agrega/cambia/retira de la cobertura. De ser necesario, inserte hojas adicionales. Complete la sección D a continuación si tiene dependientes con un apellido diferente del suyo o que vivan en otro domicilio.*

NOTA PARA LA COBERTURA MÉDICA Y DENTAL: Si bien la Federal Patient Protection and Affordable Care Act (Ley Federal de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible) 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. Existen excepciones. Consulte los documentos de su plan o comuníquese con el administrador de beneficios.

1	**Nombre del empleado** (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Sexo (M/F)	N.° de seguro social		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	
Estado civil ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado ☐ Separado legalmente ☐ Pareja (no casados)	Elección de cobertura ☐ Médica ☐ Dental ☐ De seguro de vida		N.° de ID del consultorio del PCP	Paciente actual ☐	N.° de ID del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual ☐

2	**Nombre** (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Sexo (M/F)	N.° de seguro social		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /	
Parentesco ☐ Cónyuge ☐ Pareja ☐ Otro _____	Elección de cobertura ☐ Médica ☐ Dental ☐ De seguro de vida		N.° de ID del consultorio del PCP	Paciente actual ☐	N.° de ID del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual ☐

C. Personas cubiertas *(continuación)*

3	**Nombre del hijo** (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Sexo (M/F)	N.° de seguro social		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /
Parentesco ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro _____	Elección de cobertura ☐ Médica ☐ Dental ☐ De seguro de vida		N.° de ID del consultorio del PCP	Paciente actual ☐	N.° de ID del consultorio dental (si corresponde) / Paciente actual ☐
4	**Nombre del hijo** (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Sexo (M/F)	N.° de seguro social		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /
Parentesco ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro _____	Elección de cobertura ☐ Médica ☐ Dental ☐ De seguro de vida		N.° de ID del consultorio del PCP	Paciente actual ☐	N.° de ID del consultorio dental (si corresponde) / Paciente actual ☐
5	**Nombre del hijo** (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Sexo (M/F)	N.° de seguro social		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /
Parentesco ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro _____	Elección de cobertura ☐ Médica ☐ Dental ☐ De seguro de vida		N.° de ID del consultorio del PCP	Paciente actual ☐	N.° de ID del consultorio dental (si corresponde) / Paciente actual ☐
6	**Nombre del hijo** (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Sexo (M/F)	N.° de seguro social		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /
Parentesco ☐ Hijo ☐ Hijastro ☐ Otro _____	Elección de cobertura ☐ Médica ☐ Dental ☐ De seguro de vida		N.° de ID del consultorio del PCP	Paciente actual ☐	N.° de ID del consultorio dental (si corresponde) / Paciente actual ☐

D. Datos de los dependientes

Enumere cualquier dependiente de la sección **C** que viva en otro domicilio.

Nombre	Dirección

Para cobertura de seguro de vida para dependientes: Si tiene más de 19 años de edad y es estudiante de tiempo completo, proporcione la información a continuación.

Nombre del hijo	Nombre de la institución educativa	Fecha esperada de graduación	Cantidad de horas crédito

E. Coordinación de beneficios

¿Contará con otro seguro de salud al mismo tiempo que tiene esta cobertura? ☐ Sí ☐ 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 seguro médico soliciten o utilicen una prueba de HIV (virus de inmunodeficiencia humana) como condición para obtener la cobertura de seguro de salud.

En mi nombre y en el de los dependientes nombrados en el reverso, estoy de acuerdo con lo siguiente y lo acepto:

1. Reconozco que, al inscribirme en los siguientes planes, la cobertura será brindada por las siguientes entidades (denominadas en forma colectiva "Aetna"):
   - Aetna HMO: Aetna Health of California Inc.
   - Aetna Dental DMO: Aetna Dental of California Inc.
   - Coberturas de seguro de vida, muerte accidental y pérdida personal, dental y todas las demás coberturas de salud: Aetna Life Insurance Company.
2. Entiendo y estoy de acuerdo en que la solicitud de mi empleador determinará la cobertura, y que no habrá cobertura a menos que y hasta tanto las solicitudes del empleado elegible y la del empleador hayan sido aceptadas y aprobadas por Aetna. Si Aetna demuestra que he actuado de manera fraudulenta o que he tergiversado intencionalmente hechos importantes, Aetna puede rescindir la póliza o incrementar mis primas después de darme un aviso con al menos 30 días de anticipación por correo certificado. No obstante, pasados 24 meses de la emisión de la póliza, Aetna no rescindirá la póliza por ningún motivo y no cancelará ni limitará la póliza ni aumentará las primas que se adeudan conforme a la póliza debido a declaraciones falsas o errores en este formulario, hayan sido intencionales o no. Aetna no basa sus normas de elegibilidad en ninguno de los siguientes factores:
   (A) Estado de salud.
   (B) Afección médica, lo que incluye enfermedades físicas y mentales.
   (C) Experiencia en reclamos.
   (D) Recepción de atención de salud.
   (E) Antecedentes médicos.
   (F) Información genética.
   (G) Evidencia de asegurabilidad, que incluye afecciones derivadas de actos de violencia doméstica.
   (H) Incapacidad.
   (I) Cualquier otro factor relacionado con el estado de la salud determinado por reglamentos, normas o pautas federales emitidos conforme a la Sección 2705 de la Federal Public Health Service Act (Ley Federal de Servicios de Salud Pública).

   Para coberturas de seguro de vida: Entiendo que la fecha de entrada en vigor del seguro para mí o para cualquiera de mis dependientes está sujeta a que yo sea trabajador activo en dicha fecha y que la fecha de entrada en vigor del seguro para cualquiera de mis dependientes también está sujeta a los requisitos del estado de salud de los dependientes correspondientes al plan de beneficios. Además, entiendo que ningún seguro sujeto a prueba de buena salud o de la información médica entrará en vigor hasta que Aetna otorgue su consentimiento por escrito. En el caso del seguro de vida para dependientes, estos son elegibles desde los 14 días de vida hasta que cumplen los 19 años, o hasta que cumplen los 23 si son estudiantes de tiempo completo.
3. Los documentos del plan determinarán los derechos y las responsabilidades de los miembros y regirán en caso de conflicto con cualquier comparación de beneficios, resumen u otra descripción del plan.
4. Entiendo y acepto que, con excepción de Aetna Rx Home Delivery®, todos los proveedores y prestadores participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. Aetna Rx Home Delivery, LLC, es una subsidiaria de Aetna, Inc. No se puede garantizar la disponibilidad de algún proveedor en particular, y la composición de la red de proveedores está sujeta a cambios. La notificación de los cambios se brindará de acuerdo con las leyes estatales aplicables.
5. Entiendo y acepto que, con algunas de las excepciones descritas en los documentos del plan, los planes HMO y DMO® ofrecen solamente cobertura para los beneficios remitidos y que, para estar cubiertos, los servicios deben ser prestados por un médico o dentista de cuidado primario participante, o por el especialista, hospital, farmacia, dentista u otro proveedor participante, conforme a lo autorizado por la remisión del médico de cuidado primario participante.

Declaro que toda la información provista en esta solicitud es verdadera y completa, a mi leal saber o entender. He leído y estoy de acuerdo con las secciones "Condiciones de inscripción" en esta solicitud de inscripción/cambio para empleados de pequeñas empresas de **California** (1 a 50 empleados elegibles). Entiendo que, en caso de no firmar y devolver esta solicitud dentro de los 31 días posteriores a mi fecha de elegibilidad o si, por cualquier motivo, Aetna no recibiera notificación del pedido de transacción anterior dentro de un período razonable posterior al hecho, mi elegibilidad y la de mis dependientes podría quedar afectada. Soy empleado del empleador que aparece en la página 1 y estoy trabajando a tiempo completo por lo menos 30 horas semanales (o de 20 a 29 horas semanales si soy seleccionado por mi empleador) para este empleador en el lugar usual de trabajo.

PERSONAS INSCRITAS EN PLANES HMO DE CA, AVISO DE ARBITRAJE VINCULANTE: TODA DISPUTA QUE SURJA DE LA MEMBRESÍA AL PLAN DE SALUD O QUE ESTÉ RELACIONADA CON LA MEMBRESÍA AL PLAN DE SALUD SERÁ DETERMINADA A TRAVÉS DE ARBITRAJE VINCULANTE Y NO POR MEDIO DE UN JUICIO NI RECURRIENDO A UN PROCESO LEGAL, EXCEPTO SEGÚN LO ESTIPULE LA LEY DE CALIFORNIA PARA LA REVISIÓN JUDICIAL DE PROCESOS DE ARBITRAJE. EL ACUERDO DE ARBITRAJE INCLUYE, ENTRE OTRAS, DISPUTAS ASOCIADAS A LA SUPUESTA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL O A LA MALA PRAXIS MÉDICA, ES DECIR, SI ALGUNO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS POR ESTE ACUERDO NO FUERA NECESARIO, NO FUERA AUTORIZADO O FUERA BRINDADO DE MANERA INAPROPIADA, NEGLIGENTE O INCOMPETENTE. EL ACUERDO DE PLAN DE SALUD TAMBIÉN LIMITA DETERMINADOS RECURSOS Y PUEDE LIMITAR LA CONCESIÓN DE INDEMNIZACIÓN EJEMPLARIZANTE. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, CONSULTE LA EVIDENCIA DE COBERTURA.

Entiendo que estoy renunciando al derecho constitucional de resolver las disputas en un tribunal ante un jurado y, en su lugar, acepto el uso del arbitraje vinculante. Esto significa que no podré llevar el caso a juicio en un tribunal. También entiendo que el acuerdo contiene limitaciones con respecto a ciertos recursos y que puede haber limitaciones al cobro de indemnización ejemplarizante.

☐ **ME INSCRIBO PARA LA COBERTURA:** ***Firma del empleado*** **X**	***Dirección de correo electrónico del empleado (opcional)***	***Fecha (mes/día/año)***

Rechazo o renuncia de cobertura. ***Debe completarse si un empleado elegible o los miembros elegibles de su familia rechazan o rehúsan la cobertura médica o dental.***

Comprendo que soy elegible para solicitar esta cobertura a través de mi empleador; sin embargo, renuncio a la cobertura como se menciona a continuación.

☐ Empleado:	☐ Médica ☐ Dental ☐ De seguro de vida	**Motivos por los que se rechaza la cobertura** ☐ Cobertura de grupo del cónyuge ☐ Cobertura de grupo de los padres ☐ Cobertura COBRA ☐ Medicare ☐ Medi-Cal ☐ Cobertura para jubilados ☐ Otro plan de grupo brindado por mi empleador ☐ Seguro por medio de otro trabajo ☐ TRICARE ☐ Cobertura de VA ☐ Cobertura individual (a través del Mercado de Seguro o no) ☐ No quiero participar ☐ Otro _____
☐ Cónyuge:	☐ Médica ☐ Dental ☐ De seguro de vida	
☐ Hijos:	☐ Médica ☐ Dental ☐ De seguro de vida	

Certifico que se me ha dado el derecho de solicitar esta cobertura; sin embargo, decido no inscribirme. Al rechazar esta cobertura de grupo, entiendo que es posible que yo o mis dependientes tengamos que esperar hasta el próximo aniversario del plan para inscribirnos en la cobertura de grupo.

Firma del empleado SOLO en caso de rechazar la cobertura para el empleado o sus dependiente(s).	***Fecha (mes/día/año)***
☐ RECHAZO LA COBERTURA: **Firma del empleado X**	

Aviso escrito del Departamento de Atención Médica Administrada sobre la disponibilidad de asistencia lingüística

Planes basados en DMO y HMO. **IMPORTANTE**: ¿Puede leer esta solicitud? En caso de no poder hacerlo, le ofrecemos nuestra ayuda. También puede obtener esta carta escrita en su idioma. Para obtener ayuda en forma gratuita, por favor llame al 1-877-287-0117.

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 tradicionales:

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

免費語言服務。您可獲得口譯員服務，用中文把文件唸給您聽。欲取得協助，請致電您的保險卡所列的電話號碼，或撥打 1-877-287-0117 與我們聯絡。欲取得其他協助，請致電1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。Chinese

Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch và được người khác đọc giúp các tài liệu bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc 1-877-287-0117 . Để được trợ giúp thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357. Vietnamese.

무료 통역 서비스. 귀하는 한국어 통역 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와있는 안내 전화: 1-877-287-0117번으로 문의해 주십시오. 보다 자세한 사항을 문의하실 분은 캘리포니아 주 보험국, 안내 전화 1-800-927-4357번으로 연락해 주십시오. Korean

Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-877-287-0117. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 Tagalog

Անվճար Լեզվական Ծառայություններ: Դուք կարող եք թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված կամ 1-877-287-0117 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք: Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и ваши документы прочтут для вас на русском языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или 1-877-287-0117. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (Department of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Russian

無料の言語サービス 日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または1-877-287-0117までお問い合わせください。更なるお問い合わせは、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Japanese

خدمات مجانی مربوط به زبان. میتوانید از خدمات یک مترجم شفاهی استفاده کنید و بگوئید مدارک به زبان فارسی برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسائی شما قید شده است و یا این شماره 1-877-287-0117 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، به CA Dept. of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian

ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-877-287-0117 'ਤ ਸਾਨ ਫ਼ਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰ ਮਦਦ ਲਈ ਕੈਲੀਫ਼ੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਇਨਸ਼ੋਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាកម្មភាសាឥតគិតថ្លៃ ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមានបង្ហាញលើប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-877-287-0117 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

خدمات ترجمة بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم وقراءة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المبين على بطاقة عضويتك أو على الرقم 1-877-287-0117 . للحصول على المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357.Arabic

Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi. Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyeem cov ntawv ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-877-287-0117. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong

CDI Notice of Language Assistance-Trad

©2008 Aetna Life Insurance Company