

**Aetna Better Health® of New York**  
55 West 125th Street, Suite 1300  
New York, NY 10027



<Date>

<Name>

<Address>

<City, State Zip Code>

**Si necesita este documento en letra más grande o en otro formato, llame a Servicios al Cliente al 1-855-456-9126.**

Please call **1-855-456-9126** today if you need to get this letter in English.

## **Aetna Better Health® of New York**

### Notificación anual de cambios

Estimada persona inscrita en Aetna Better Health of New York:

Aprovechamos esta oportunidad para agradecerle por seguir siendo miembro del plan de cuidado administrado a largo plazo de **Aetna Better Health of New York**. Nos complace ser su aliado en el cuidado de salud; y es un privilegio brindarle servicios. Le enviamos este aviso anual para informarle sobre cómo puede consultar el *Directorio de proveedores* de Aetna Better Health of New York, cómo puede cancelar su inscripción en el plan y otros datos que puede encontrar en nuestro sitio web, [www.Aetna Better Health.com/NY](http://www.Aetna Better Health.com/NY).

- Aetna Better Health of New York mejora de manera continua su red de proveedores durante el año. Si quiere que le enviemos un *Directorio de proveedores* por correo, o si necesita ayuda para encontrar un proveedor de la red, llame a Servicios al Cliente al **1-855-456-9126**. Si tiene dificultades de audición, llame al Servicio de retransmisión de comunicaciones de Nueva York, 7-1-1.
- También puede enviarnos su solicitud por correo electrónico a [NY\\_MemberServices@aetna.com](mailto:NY_MemberServices@aetna.com). Los directorios impresos se actualizan todos los años. Consulte el directorio de proveedores en línea en <https://www.aetnabetterhealth.com/ny/members/mltc/directory> para obtener la información más actualizada y precisa. Recibirá un aviso cuando se realice un cambio que pueda afectarlo.

### **Notificación anual de derechos de cancelación de inscripción**

Su inscripción en Aetna Better Health of New York es voluntaria. Usted puede cancelar su inscripción en el plan de manera voluntaria si cree que ya no necesita servicios de cuidado a largo plazo o quiere cambiarse al programa de pago por servicio de Medicaid o a otro plan de cuidado administrado a largo plazo. Si la cancelación de inscripción se debe a que está

**[aetnabetterhealth.com/newyork](http://aetnabetterhealth.com/newyork)**

NY-20-07-21 v4

disconforme con nuestro plan, comuníquese con su administrador de cuidado para que pueda abordar cualquier insatisfacción o problema que usted tenga. Una vez que nos notifique que quiere cancelar su inscripción, Aetna Better Health of New York le enviará un aviso escrito para confirmar que hemos recibido su intención de cancelar la inscripción y le brindará una fecha de entrada en vigor de la terminación de su cobertura. Esta fecha será el primer día del mes siguiente al mes en el que se procesó la solicitud de cancelación de inscripción.

Se le pedirá que firme una *Forma de cancelación de inscripción voluntaria*.

Aetna Better Health of New York continuará brindando los servicios cubiertos hasta la fecha de entrada en vigor de la cancelación. Luego de esta fecha, haremos todas las remisiones necesarias a servicios alternativos que ya no estarán cubiertos por Aetna Better Health of New York.

Tenga en cuenta que si cancela la inscripción y sigue necesitando servicios de cuidado a largo plazo, ya no podrá obtenerlos a través del programa de pago por servicio de Medicaid. Podrá inscribirse en otro plan de cuidado administrado a largo plazo, en un plan de cuidado administrado convencional (si solo tiene Medicaid) o en un programa de servicios de exención del estado de Nueva York, si cumple con los requisitos.

Esta información también está disponible en formatos alternativos. Si tiene acceso a Internet, visite <https://www.aetnabetterhealth.com/ny/> para consultar este aviso y otra información importante del plan, como el *Manual para miembros*.

Atentamente,

Departamento de Servicios al Cliente  
Aetna Better Health of New York