



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1-800-370-4526. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-800-370-4526 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	\$0. Fuera de la red: individual \$500/familiar \$1,000.	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , cada miembro debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <u>deducible</u> pagada por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. La atención de emergencia y los <u>medicamentos con receta médica</u> están cubiertos antes de que alcance el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : individual \$800/familiar \$1,600. Fuera de la red: individual \$800/familiar \$1,600. <u>Medicamentos con receta médica</u> : individual \$400/familiar \$800.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre y sanciones por no obtener la <u>autorización previa</u> para los servicios.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores</u> de la <u>red</u> , visite www.aetna.com/docfind o llame al 1-800-370-4526.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .



Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> ; sin cargo para determinados médicos de atención primaria.	20 % de <u>coseguro</u> después de \$15 de <u>copago</u> /visita.	Ninguna.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	20 % de <u>coseguro</u> después de \$15 de <u>copago</u> /visita.	Ninguna.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo.	Sin cobertura; 20 % de <u>coseguro</u> para mamografías.	Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el <u>plan</u> .
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<p>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</p> <p>La cobertura de medicamentos con receta médica está administrada por Sav-Rx</p> <p>Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.savrx.com</p>	Medicamentos genéricos	<p><u>Copago</u>/medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u>: según el valor: \$4 para un suministro de 30 días, \$8 para un suministro de 60 días, \$12 para un suministro de 90 días (al por menor), \$8 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo); genéricos preferidos: \$8 para un suministro de 30 días, \$16 para un suministro de 60 días, \$24 para un suministro de 90 días (al por menor), \$16 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo). Insulina: sin cargo.</p>	<p><u>Copago</u>/medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u>: \$13 para un suministro de 30 días, \$26 para un suministro de 60 días, \$39 para un suministro de 90 días (al por menor). Insulina: \$13 de <u>copago</u>/medicamentos con receta médica.</p>	<p>Cubre un suministro de 90 días (al por menor y pedidos por correo). Incluye medicamentos y dispositivos anticonceptivos disponibles en las farmacias. No se cobran los anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dentro de la <u>red</u>. Revise el <u>formulario</u> para ver los medicamentos con receta médica que requieren precertificación o terapia escalonada para tener cobertura. Su costo será superior por elegir medicamentos de marca en lugar de genéricos.</p>
	Medicamentos de marca preferidos	<p><u>Copago</u>/medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u>: \$25 para un suministro de 30 días, \$50 para un suministro de 60 días, \$75 para un suministro de 90 días (al por menor); \$50 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo). Insulina: sin cargo.</p>	<p><u>Copago</u>/medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u>: \$30 para un suministro de 30 días, \$60 para un suministro de 60 días, \$90 para un suministro de 90 días (al por menor). Insulina: \$30 de <u>copago</u>/medicamentos con receta médica.</p>	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Medicamentos de marca no preferidos	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$50 para un suministro de 30 días, \$100 para un suministro de 60 días, \$150 para un suministro de 90 días (al por menor); \$100 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo). Insulina: \$25 de <u>copago</u> /medicamentos con receta médica.	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$55 para un suministro de 30 días, \$110 para un suministro de 60 días, \$165 para un suministro de 90 días (al por menor). Insulina: \$35 de <u>copago</u> /medicamentos con receta médica.	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Se aplican los costos antes mencionados para medicamentos genéricos y de marca.	Se aplican los costos antes mencionados para medicamentos genéricos y de marca.	La primera receta se debe surtir en una farmacia al por menor o a través de Sav-Rx Prescription Services. Las demás recetas se deben surtir mediante Sav-Rx Prescription Services.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	\$50 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	20 % de <u>coseguro</u> después de \$50 de <u>copago</u> /visita.	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$200 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	\$200 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	La atención de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga igual que dentro de la <u>red</u> .
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$200 de <u>copago</u> /viaje, no se aplica el <u>deducible</u> .	\$200 de <u>copago</u> /viaje, no se aplica el <u>deducible</u> .	La atención de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga igual que dentro de la <u>red</u> . Traslados que no son de emergencia: sin cobertura, excepto si se autorizan previamente.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	20 % de <u>coseguro</u> después de \$15 de <u>copago</u> /visita.	No hay cobertura para atención que no es de urgencia.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días de hospitalización, no se aplica el <u>deducible</u> ; sin cargo a partir de entonces.	20 % de <u>coseguro</u> después de \$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días de hospitalización; 20 % de <u>coseguro</u> a partir de entonces.	Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: sin cargo.	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: 20 % de <u>coseguro</u> después de \$15 de <u>copago</u> /visita.	Ninguna.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días de hospitalización, no se aplica el <u>deducible</u> ; sin cargo a partir de entonces.	20 % de <u>coseguro</u> después de \$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días de hospitalización; 20 % de <u>coseguro</u> a partir de entonces.	Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía). Puede aplicarse una sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días de hospitalización, no se aplica el <u>deducible</u> ; sin cargo a partir de entonces.	20 % de <u>coseguro</u> después de \$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días de hospitalización; 20 % de <u>coseguro</u> a partir de entonces.	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	130 visitas/año calendario. Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	20 % de <u>coseguro</u> después de \$15 de <u>copago</u> /visita.	60 visitas/año calendario para fisioterapia, terapias ocupacional y del habla combinadas.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	20 % de <u>coseguro</u> después de \$15 de <u>copago</u> /visita.	Ninguna.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	60 días/año calendario. Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo.	50 % de <u>coseguro</u> .	Limitado a 1 <u>equipo médico duradero</u> con el mismo objetivo o uno similar. Se excluyen las reparaciones por mal uso o abuso.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin cargo.	20 % de <u>coseguro</u> .	Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	\$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	1 examen de rutina de la vista/12 meses.
	Anteojos para niños	Sin cargo.	Sin cargo.	Máximo de \$600/12 meses.
	Control dental para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Atención dental (adultos y niños).
- Audífonos.
- Atención a largo plazo.
- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Enfermería particular.
- Atención de rutina para los pies.
- Programas para la pérdida de peso.

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Acupuntura: 20 visitas por año calendario para tratar una enfermedad, una lesión o un dolor crónico.
- Cirugía bariátrica: Limitado a servicios de proveedores dentro de la red.
- Cuidado quiropráctico: 20 visitas por año calendario.
- Cirugía plástica: Cobertura limitada, consulte el documento de la póliza o llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
- Tratamiento para la infertilidad: Limitado al diagnóstico y al tratamiento de la afección médica subyacente.
- Atención de rutina para la vista (adultos): 1 examen de rutina de la vista cada 12 meses.

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es:

- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-370-4526.
- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), también puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Para planes de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar www.cciio.cms.gov.
- Si está cubierto por un plan de la iglesia, tenga en cuenta que dichos planes no están cubiertos por las normas de continuidad de cobertura de la ley federal COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros del estado para conocer los posibles derechos de continuidad de la cobertura según la ley estatal.

Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), puede comunicarse con Aetna, directamente, al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica, o al número general 1-800-370-4526. También puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Para planes de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar www.cciio.cms.gov.
- Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. La información de contacto se encuentra en <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El deducible general del plan \$0
- Copago de especialista \$15
- Copago del hospital (establecimiento) \$100
- Otro copago \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$260

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El deducible general del plan \$0
- Copago de especialista \$15
- Copago del hospital (establecimiento) \$100
- Otro copago \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta médica
Suministros para diabéticos (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$600
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$620

Fractura simple de Mía
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El deducible general del plan \$0
- Copago de especialista \$15
- Copago del hospital (establecimiento) \$100
- Otro copago \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)
Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo	\$2,800
En este ejemplo, Mía pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$500
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mía pagaría es	\$500

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Tecnología de asistencia

Las personas que usan tecnología de asistencia quizás no puedan tener acceso completo a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 1-800-370-4526.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver los documentos desde su teléfono inteligente o tableta, se requiere la aplicación gratuita WinZip. Puede estar disponible en App Store.

Aviso sobre la no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina de forma ilícita, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, identidad de género u orientación sexual.

Brindamos asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades y que necesitan asistencia de idiomas.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no hemos brindado estos servicios o que lo hemos discriminado de alguna manera por pertenecer a una de las clases protegidas mencionadas más arriba, puede comunicarse con el coordinador de derechos civiles y presentar una queja formal:

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de HMO de California: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779)

1-800-648-7817, TTY: 711

Fax: 859-425-3379 (clientes de HMO de California: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com

También puede presentar una queja sobre derechos civiles en el portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ingresando en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios ofrecidos por una o más de las compañías del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company y sus filiales (Aetna).

Servicio de acceso a idiomas:

Albanian -	Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi 1-800-370-4526.
Amharic -	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-800-370-4526 ይደውሉ።
Arabic -	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-800-370-4526
Armenian -	Անվճար լեզվակալան ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 1-800-370-4526 հեռախոսահամարով:
Bahasa Indonesia -	Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-800-370-4526 tanpa dikenakan biaya.
Bantu-Kirundi -	Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, hamagara 1-800-370-4526.
Bengali-Bangala -	আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পবিকষি পপকে হকয এই নম্বকি পেবযক ান েরুন: 1-800-370-4526 ।
Bisayan-Visayan -	Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-800-370-4526.
Burmese -	သင့်အမျှတင့် အခမဲ့ကုန်ဝင်္ဂြ မေပရဲပဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိပိုင်ရန် 1-800-370-4526 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
Catalan -	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-800-370-4526.
Chamorro -	Para un hago' i setbision lenggua'hi ni dibåtde para hāgu, āgang 1-800-370-4526.
Cherokee -	ႠႃႉႠ ႱႃႉႠႃႉ ႱႃႉႠႃႉ ႱႃႉႠႃႉ ႱႃႉႠႃႉ ႱႃႉႠႃႉ 1-800-370-4526.
Chinese -	如欲使用免費語言服務，請致電 1-800-370-4526.
Choctaw -	Anumpa tohsholi I toksvli ya peh pilla ho ish I paya hinla, I paya 1-800-370-4526.
Cushite -	Tajaajiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-800-370-4526.
Dutch -	Voor gratis toegang tot taaldiensten, bell 1-800-370-4526.
French -	Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-800-370-4526.
French Creole -	Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-800-370-4526.
German -	Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-800-370-4526 an.
Greek -	Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-800-370-4526.
Gujarati -	તમારેકોઇ જાતના ખર્ચવિના ભાષાની સેવાઓની પહોંર માટે, કોલ કરો 1-800-370-4526.

Hawaiian -	No ka wala‘au ‘ana me ka lawelawe ‘ōlelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-800-370-4526. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
Hindi -	आपकेलिए बिना ककसी कीमत केभाषा सेवाओंका उपयोग करनेकेलिए, 1-800-370-4526 पर कॉल करें।
Hmong -	Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-800-370-4526.
Igbo -	Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-800-370-4526
Ilocano -	Tapno maaksesyo dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-800-370-4526.
Indonesian -	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-800-370-4526.
Italian -	Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-800-370-4526.
Japanese -	言語サービスを無料でご利用いただくには、1-800-370-4526 までお電話ください。
Karen -	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကျိၣ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖဲးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတၢ်အိၣ်ဒီးအပူၤလၢကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-800-370-4526 တက့ၢ်.
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa -	M̐ dyi wuḍu-dù kà kò dò bě dyi moú n̐ nì Pídyi ní, n̐í, dá nòbà nià kɛ: 1-800-370-4526
Kurdish -	بۆ دەسپێراگەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بۆ تۆ، پەیوەندی بکە بە ژمارەی 1-800-370-4526
Laotian -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາໄດ້ 1-800-370-4526
Marathi -	कोणत्याही शल्ुकालशवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी,, 1-800-370-4526 वर फोन करा.
Marshallese -	Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirlok 1-800-370-4526.
Micronesian-Pohnpeyan -	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-800-370-4526.
Mon-Khmer, Cambodian -	ដើម្បីទទួលបានសេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ។
Navajo -	T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowoł doo bááq'áh ílínígóó kojí' hólne' 1-800-370-4526.
Nepali -	निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-800-370-4526 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
Nilotic-Dinka -	Të koor yin weëř de thokic ke cīn wëu kōr keek tēnōŋ yīn. Ke cōl kōc ye kōc kuony ne nōmba 1-800-370-4526.
Norwegian -	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-800-370-4526.
Pennsylvania Dutch -	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-800-370-4526.
Persian -	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-800-370-4526 تماس بگیرید .
Polish -	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-800-370-4526.
Portuguese -	Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-800-370-4526.
Punjabi -	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, 1-800-370-4526 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

Romanian -	Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apălați 1-800-370-4526.
Russian -	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-800-370-4526.
Samoan -	Mo le mauaina o auauauna tau gagana e auua ma se totogi, vala'au le 1-800-370-4526.
Serbo-Croatian -	Za besplatne prevodilačke usluge pozovite 1-800-370-4526.
Spanish -	Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-800-370-4526.
Sudanese-Fulfulde -	Heeba a nasta jangirde dje y wolde wola chede bo apelou lamba 1-800-370-4526.
Swahili -	Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga 1-800-370-4526.
Syriac -	ܟܝܢ ܫܒܩܐ , ܕܠ ܝܠܚܝܬܐ ܕܡܪܝܬܐ ܕܥܝܬܐ ܕܡܪܝܬܐ , ܡܢ ܗܝܬܐ : 1-800-370-4526
Tagalog -	Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa 1-800-370-4526.
Telugu -	మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునందుకు, 1-800-370-4526 కు కాల్ చేయండి.
Thai -	หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทร 1-800-370-4526.
Tongan -	Kapau ‘oku ke fiema’u ta’etōtōngi ‘a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he 1-800-370-4526.
Trukese -	Ren omw kopwe angei aninisin eman chon awewei (ese kamo), kopwe kori 1-800-370-4526.
Turkish -	Sizin için ücretsiz dil hizmetlerine erişebilmek için, 1-800-370-4526 numarayı arayın.
Ukrainian -	Щоб отримати безкоштовний доступ до мовних послуг, задзвоніть за номером 1-800-370-4526.
Urdu -	بالقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، 1-800-370-4526 پر بات کریں۔
Vietnamese -	Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-800-370-4526.
Yiddish -	צו צוטריט שפראך באדינונגען אין קיין פאריז צו איר, רופן 1-800-370-4526
Yoruba -	Lati wonú awon ise ede l'ofo fun o, pe 1-800-370-4526.