



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](http://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 total</u> ?                                      | Por cada año del <u>plan</u> , individual \$300/familiar NINGUNO. Fuera de la red: individual \$300/familiar NINGUNO.  | 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. Las visitas al consultorio, los <u>medicamentos con receta médica</u> y la <u>atención preventiva</u> dentro de la <u>red</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 <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .   |
| ¿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 \$2,300/familiar NINGUNO. Fuera de la red: individual \$4,000/familiar NINGUNO.   | 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 facturación de saldo y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.  | 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 de la red</u> , visite <a href="http://www.aetna.com/docfind">www.aetna.com/docfind</a> 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 del 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<br>(Usted pagará el mínimo)            | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo)   |  |
| <b>Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u></b> | 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> . | 20 % de <u>coseguro</u> .   | 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> .   | Ninguna.   |
|   | <u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>   | Sin cargo.  | 20 % de <u>coseguro</u> ; sin cargo para las mamografías; \$75 de <u>copago</u> /visita; no se aplica el <u>deducible</u> a los exámenes ginecológicos, pruebas de antígeno prostático específico y exámenes de tacto rectal. | 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> . |
| <b>Si se realiza un examen</b>                                | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)   | 20 % de <u>coseguro</u> .   | 20 % de <u>coseguro</u> .   | Ninguna.   |
|   | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 20 % de <u>coseguro</u> .   | 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<br>(Usted pagará el mínimo)  | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo) |   |
| <p><b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b></p> <p>Hay más información disponible sobre la <b><u>cobertura de medicamentos con receta médica</u></b> en <a href="http://www.aetnapharmacy.com/standard">www.aetnapharmacy.com/standard</a></p> | Medicamentos genéricos           | <u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$20 para un suministro de 30 días, \$40 para un suministro de 60 días, \$60 para un suministro de 90 días (al por menor), \$40 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo).  | Sin cobertura.  | <p>Cubre un suministro de 30 días (al por menor) y un suministro de 31 a 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>.</p> |
|   | Medicamentos de marca preferidos | <u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$40 para un suministro de 30 días, \$80 para un suministro de 60 días, \$120 para un suministro de 90 días (al por menor), \$80 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo). | Sin cobertura.  |   |

| Circunstancia médica común                   | Servicios que podría necesitar                            | Lo que usted pagará   |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|---|---|---|---|
|  |   | Proveedor dentro de la red<br>(Usted pagará el mínimo)  | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo) |   |
|  | Medicamentos de marca no preferidos                       | <u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$60 para un suministro de 30 días, \$120 para un suministro de 60 días, \$180 para un suministro de 90 días (al por menor), \$120 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo). | Sin cobertura.  |   |
|  | <u>Medicamentos de especialidad</u>                       | <u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : 20 %.   | Sin cobertura.  | La primera receta se debe surtir en una farmacia al por menor o en una farmacia de especialidad. Las demás recetas se deben surtir mediante la <u>red</u> de Aetna Specialty Pharmacy. \$250 de <u>copago</u> máximo por cada suministro de 30 días. Se requiere precertificación para obtener cobertura. |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>   | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 10 % de <u>coseguro</u> .   | 20 % de <u>coseguro</u> .                             | Ninguna.  |
|  | Tarifas del médico/cirujano                               | 10 % de <u>coseguro</u> .   | 20 % de <u>coseguro</u> .                             | Ninguna.  |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b> | <u>Atención en la Sala de Emergencias</u>                 | 10 % de <u>coseguro</u> .   | 10 % de <u>coseguro</u> .                             | 50 % de <u>coseguro</u> para atención que no es de emergencia; 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>                    | 10 % de <u>coseguro</u> .   | 10 % de <u>coseguro</u> .                             | Traslados que no son de emergencia: sin cobertura, excepto 20 % de <u>coseguro</u> si se autorizan previamente. La atención de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga igual que dentro de la <u>red</u> .  |
|  | <u>Atención de urgencia</u>                               | 10 % de <u>coseguro</u> .   | 20 % de <u>coseguro</u> .                             | No hay cobertura para atención que no es de urgencia.   |

| Circunstancia médica común   | Servicios que podría necesitar                        | Lo que usted pagará  |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|--|---|--|--|--|
|  |   | Proveedor dentro de la red<br>(Usted pagará el mínimo)   | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo)  |  |
| <b>Si necesita hospitalización</b>   | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)   | 10 % de <u>coseguro</u> después de \$250 de <u>copago/hospitalización</u> .  | 20 % de <u>coseguro</u> después de \$500 de <u>copago/hospitalización</u> .  | Se requiere <u>autorización previa</u> para la atención fuera de la red.   |
|  | Tarifas del médico/cirujano                           | 10 % de <u>coseguro</u> .  | 20 % de <u>coseguro</u> .  | Ninguna.   |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>    | Servicios para pacientes ambulatorios                 | Visitas al consultorio: \$15 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> ; otros servicios para pacientes ambulatorios: sin cargo.          | Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: 20 % de <u>coseguro</u> .  | Ninguna.   |
|  | Servicios para pacientes hospitalizados               | 10 % de <u>coseguro</u> después de \$250 de <u>copago/hospitalización</u> .  | 20 % de <u>coseguro</u> después de \$500 de <u>copago/hospitalización</u> .  | Se requiere <u>autorización previa</u> para la atención fuera de la red.   |
| <b>Si está embarazada</b>  | 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). Se puede requerir <u>autorización previa</u> para la atención fuera de la red. |
|  | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 10 % de <u>coseguro</u> .  | 20 % de <u>coseguro</u> .  |  |
|  | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 10 % de <u>coseguro</u> después de \$250 de <u>copago/hospitalización</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> a los gastos de hospital para recién nacidos. | 20 % de <u>coseguro</u> después de \$500 de <u>copago/hospitalización</u> ; no se aplica el <u>deducible</u> a los gastos de hospital para recién nacidos. |  |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <u>Atención médica en el hogar</u>                    | 10 % de <u>coseguro</u> .  | 20 % de <u>coseguro</u> .  | 120 visitas/año del <u>plan</u> . Se requiere <u>autorización previa</u> para la atención fuera de la red.   |
|  | <u>Servicios de rehabilitación</u>                    | 10 % de <u>coseguro</u> .  | 20 % de <u>coseguro</u> .  | Ninguna.   |
|  | <u>Servicios de habilitación</u>                      | 10 % de <u>coseguro</u> .  | 20 % de <u>coseguro</u> .  | Ninguna.   |
|  | <u>Atención de enfermería especializada</u>           | 10 % de <u>coseguro</u> después de \$250 de <u>copago/hospitalización</u> .  | 20 % de <u>coseguro</u> después de \$500 de <u>copago/hospitalización</u> .  | 60 días/año del <u>plan</u> . Se requiere <u>autorización previa</u> para la atención fuera de la red.   |
|  | <u>Equipo médico duradero</u>                         | 10 % de <u>coseguro</u> .  | 20 % 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.  |

| 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)   |  |
|   | <u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u> | 10 % de <u>coseguro</u> después de \$250 de <u>copago/hospitalización</u> ; 10 % de <u>coseguro</u> para pacientes ambulatorios. | 20 % de <u>coseguro</u> después de \$500 de <u>copago/hospitalización</u> ; 20 % de <u>coseguro</u> para pacientes ambulatorios. | Se requiere <u>autorización previa</u> para la atención fuera de la red. |
| <b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b> | Examen de la vista para niños                          | Sin cobertura.   | Sin cobertura.   | Sin cobertura.   |
|   | Anteojos para niños                                    | Sin cobertura.   | Sin cobertura.   | Sin cobertura.   |
|   | 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).**

- Acupuntura.
- Cirugía bariátrica.
- Cirugía plástica.
- Atención dental (adultos y niños).
- Anteojos (niños).
- Atención a largo plazo.
- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Atención de rutina para la vista (adultos y niños).
- Atención de rutina para los pies.
- Programas para la pérdida de peso, excepto los servicios preventivos requeridos.

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

- Cuidado quiropráctico.
- Audífonos: Máximo de \$3,000 cada 48 meses.
- Tratamiento para la infertilidad: Limitado al diagnóstico y al tratamiento de la afección médica subyacente.
- Enfermería privada: 70 turnos de 8 horas por año del plan.

### 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.ccio.cms.gov](http://www.ccio.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](http://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:

- Aetna, directamente, al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica, o al número gratuito general 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](http://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 \$300
- Copago de especialista \$15
- Coseguro del hospital (establecimiento) 10 %
- Otro coseguro 10 %

**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*)

|                                      |                 |
|--------------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b>       | <b>\$12,700</b> |
| <b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b> |                 |
| <i>Costos compartidos</i>            |                 |
| <u>Deducibles</u>                    | \$300           |
| <u>Copagos</u>                       | \$10            |
| <u>Coseguro</u>                      | \$1,200         |
| <i>Lo que no está cubierto</i>       |                 |
| Límites o exclusiones                | \$60            |
| <b>El total que Peg pagaría es</b>   | <b>\$1,570</b>  |

**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 \$300
- Copago de especialista \$15
- Coseguro del hospital (establecimiento) 10 %
- Otro coseguro 10 %

**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  
Equipo médico duradero (*glucómetro*)

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b>       | <b>\$5,600</b> |
| <b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b> |                |
| <i>Costos compartidos</i>            |                |
| <u>Deducibles</u>                    | \$100          |
| <u>Copagos</u>                       | \$1,200        |
| <u>Coseguro</u>                      | \$0            |
| <i>Lo que no está cubierto</i>       |                |
| Límites o exclusiones                | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b>   | <b>\$1,320</b> |

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

- El deducible general del plan \$300
- Copago de especialista \$15
- Coseguro del hospital (establecimiento) 10 %
- Otro coseguro 10 %

**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*)

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b>       | <b>\$2,800</b> |
| <b>En este ejemplo, Mía pagaría:</b> |                |
| <i>Costos compartidos</i>            |                |
| <u>Deducibles</u>                    | \$300          |
| <u>Copagos</u>                       | \$40           |
| <u>Coseguro</u>                      | \$200          |
| <i>Lo que no está cubierto</i>       |                |
| Límites o exclusiones                | \$0            |
| <b>El total que Mía pagaría es</b>   | <b>\$540</b>   |

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 866-393-0002.

### **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 o discapacidad.

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>. Además, puede hacerlo por correo o por teléfono: 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 subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, planes Coventry Health Care y sus filiales.**

TTY: 711

**Servicio de acceso a idiomas:**

For language assistance in your language call 1-800-370-4526 at no cost.

- Albanian - Për asistencë në gjuhën shqipe telefononi falas në 1-800-370-4526.
- Amharic - ለቋንቋ እገዛ በ አማርኛ በ 1-800-370-4526 በነጻ ይደውሉ
- Arabic - للمساعدة في (اللغة العربية)، الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-800-370-4526
- Armenian - Լեզվի ցուցաբերած աջակցության (հայերեն) գանգի 1-800-370-4526 առանց գնով:
- Bahasa Indonesia - Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-800-370-4526 tanpa dikenakan biaya.
- Bantu-Kirundi - Niba urondera uwugufasha mu Kirundi, twakure kuri iyi numero 1-800-370-4526 ku busa
- Bengali-Bangala - বাংলায় ভাষা সহায়তার জন্য বিনামূল্যে 1-800-370-4526-তে কল করুন।
- Bisayan-Visayan - Alang sa pag-abag sa pinulongan sa (Binisayang Sinugboanon) tawag sa 1-800-370-4526 nga walay bayad.
- Burmese - ငွေတန်ကျခံစေမလိုဘဲ (မြန်မာဘာသာစကား)ဖြင့် ဘာသာစကားအကူအညီရယူရန် 1-800-370-4526 ကို ခေါ်ဆိုပါ။
- Catalan - Per rebre assistència en (català), truqui al número gratuït 1-800-370-4526.
- Chamorro - Para ayuda gi fino' (Chamoru), ágang 1-800-370-4526 sin gástu.
- Cherokee - ᎠᎬᏱᎦ ᏌᏍᎩᎦᏪ ᏪᎩᎠᏰᏱᎠᎦ ᎠᏪᏍᏗ (CWY) ᎠᎩᏍᏗᎩᎦ 1-800-370-4526 ᎠᎦᎠ ᎠᎦᏪᏪ ᎠᎦᏪᏪ ᎠᎦᏪᏪ.
- Chinese - 欲取得繁體中文語言協助，請撥打1-800-370-4526，無需付費。
- Choctaw - (Chahta) anumpa ya apela a chi l paya hinla 1-800-370-4526.
- Cushite - Gargaarsa afaan Oromiffa hiikuu argachuuf lakkokkofsa bilbilaa 1-800-370-4526 irratti bilisaan bilbilaa.
- Dutch - Bel voor tolk- en vertaaldiensten in het Nederlands gratis naar 1-800-370-4526.
- French - Pour une assistance linguistique en français appeler le 1-800-370-4526 sans frais.
- French Creole - Pou jwenn asistans nan lang Kreyòl Ayisyen, rele nimewo 1-800-370-4526 gratis.
- German - Benötigen Sie Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache? Rufen Sie uns kostenlos unter der Nummer 1-800-370-4526 an.
- Greek - Για γλωσσική βοήθεια στα Ελληνικά καλέστε το 1-800-370-4526 χωρίς χρέωση.
- Gujarati - ગુજરાતીમાં ભાષામાં સહાય માટે કૌઈ પણ ખર્ચ વગર 1-800-370-4526 પર કૌલ કરો.
- Hawaiian - No ke kōkua ma ka ‘ōlelo Hawai‘i, e kahea aku i ka helu kelepona 1-800-370-4526. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.

- Hindi - **हन्दिी में भाषा सहायता के लएि, 1-800-370-4526 पर मुफ्त कॉल करें।**
- Hmong - **Yog xav tau kev pab txhais lus Hmoob hu dawb tau rau 1-800-370-4526.**
- Ibo - **Maka enyemaka asụsụ na Igbo kpọọ 1-800-370-4526 na akwughị ugwo ọ bụla**
- Ilocano - **Para iti tulong ti pagsasao iti pagsasao tawagan ti 1-800-370-4526 nga awan ti bayadanyo.**
- Italian - **Per ricevere assistenza linguistica in italiano, può chiamare gratuitamente 1-800-370-4526.**
- Japanese - **日本語で援助をご希望の方は、1-800-370-4526 まで無料でお電話ください。**
- Karen - **လၢတၢ်မၤစၢၤတၢ်ကတိၤကၢ်ဒါ်အိၣ်အိၣ် ကၢ်ဒါ် ကိး 1-800-370-4526 လၢတၢ်အိၣ်ဒီးတၢ်လၢတၢ်ခူၣ်လၢတၢ်စၢၤတၢ်**
- Korean - **한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 무료 통화번호인 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.**
- Kru-Bassa - **Be´m`ké gbo-kpá-kpá dyé pidyi dé Baśwá-wuḍuũn wěě, dá 1-800-370-4526**
- Kurdish - **برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-800-370-4526 به خۆرای پهیوهندی بکەن.**
- Laotian - **ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາລາວ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-800-370-4526 ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໂທ.**
- Marathi - **कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी, 1-800-370-4526 वर फोन करा.**
- Marshallese - **Ñan bök jipañ ilo Kajin Majol, kallok 1-800-370-4526 ilo ejjelok wōnān.**
- Micronesian-Pohnpeyan - **Ohng palien sawas en soun kawewe ni omw lokaia Ponape koahl 1-800-370-4526 ni sohte isais.**
- Mon-Khmer, Cambodian - **សម្រាប់ជំនួយភាសាជា ភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទទេៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ដោយឥតគិតថ្លៃ។**
- Navajo - **T'áá shi shizaad k'ehjí bee shíká a'doowol nínízingo Diné k'ehjí koji' t'áá jíík'e hólne' 1-800-370-4526**
- Nepali - **(नेपाली) मा निःशुल्क भाषा सहायता पाउनका लागि 1-800-370-4526 मा फोन गर्नुहोस् ।**
- Nilotic-Dinka - **Tën kuwoŋy ë thok ë Thuonjänj cöl 1-800-370-4526 kec'in ayöc.**
- Norwegian - **For språkassistanse på norsk, ring 1-800-370-4526 kostnadsfritt.**
- Panjabi - **ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾਈ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, 1-800-370-4526 'ਤੇ ਮੁਫਤ ਕਾਲ ਕਰੋ।**
- Pennsylvania Dutch - **Fer Hilfe in Deitsch, ruf: 1-800-370-4526 aa. Es Aaruf koschtet nix.**
- Persian - **برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-800-370-4526 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. انگلیسی**
- Polish - **Aby uzyskać pomoc w języku polskim, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-800-370-4526.**
- Portuguese - **Para obter assistência linguística em português ligue para o 1-800-370-4526 gratuitamente.**
- Romanian - **Pentru asistență lingvistică în românește telefonați la numărul gratuit 1-800-370-4526**
- Russian - **Чтобы получить помощь русскоязычного переводчика, позвоните по бесплатному номеру 1-800-370-4526.**



- Samoan - Mo fesoasoani tau gagana I le Gagana Samoa vala'au le 1-800-370-4526 e aunoa ma se totagi.
- Serbo-Croatian - Za jezičnu pomoć na hrvatskom jeziku pozovite besplatno broj 1-800-370-4526.
- Spanish - Para obtener asistencia lingüística en español, llame sin cargo al 1-800-370-4526.
- Sudanic-Fulfulde - Fii yo on hebu balal e ko yowitii e haala Pular noddee e oo numero doo 1-800-370-4526. Njodi woo fawaaki on.
- Swahili - Ukihitaji usaidizi katika lugha ya Kiswahili piga simu kwa 1-800-370-4526 bila malipo.
- Syriac - ܟܘܢܝܢܐ ܫܘܪܝܝܬܐ ܘܢܝܘܢܐ ܡܘܨܘܪܐ ܕܫܘܪܝܬܐ ܘܢܝܘܢܐ ܡܘܨܘܪܐ ܕܫܘܪܝܬܐ ܘܢܝܘܢܐ ܡܘܨܘܪܐ ܕܫܘܪܝܬܐ ܘܢܝܘܢܐ ܡܘܨܘܪܐ ܕܫܘܪܝܬܐ ܘܢܝܘܢܐ ܡܘܨܘܪܐ ܕܫܘܪܝܬܐ 1-800-370-4526 ܟܘܢܝܢܐ .
- Tagalog - Para sa tulong sa wika na nasa Tagalog, tawagan ang 1-800-370-4526 nang walang bayad.
- Telugu - భాషతో సాయం కోరకు ఎలాంటి ఖర్చు లేకుండా 1-800-370-4526 కు కాల్ చేయండి. (తెలుగు)
- Thai - สำหรับความช่วยเหลือทางด้านภาษาเป็น ภาษาไทย โทร 1-800-370-4526 ฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย
- Tongan - Kapau 'oku fiema'u hā tokoni 'i he lea faka-Tonga telefoni 1-800-370-4526 'o 'ikai hā otōngi.
- Trukese - Ren ánnissin chiakú ren (Kapasen Chuuk) kopwe kékkéeri 1-800-370-4526 nge esapw kamé ngonuk.
- Turkish - (Dil) çağrısı dil yardım için. Hiçbir ücret ödemedi 1-800-370-4526.
- Ukrainian - Щоб отримати допомогу перекладача української мови, зателефонуйте за безкоштовним номером 1-800-370-4526.
- Urdu - باقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، 1-800-370-4526 پر بات کریں۔
- Vietnamese - **Đê đưóc hỗ trợ ngôn ngữ bằng (ngôn ngữ), hãy gọi miễn phí đến số 1-800-370-4526.**
- Yiddish - **פאר שפראך הילף אין אידיש רופט 1-800-370-4526 פון אפצאל.**
- Yoruba - Fún ìrànṣọwọ nípa èdè (Yorùbá) pe 1-800-370-4526 láí san owó kankan rárá.