



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 <https://www.aetna.com/sbcsearch/getpolicydocs?u=080400-090020-002477> o llame al 1-888-982-3862. 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 1-888-982-3862 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible total</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : individual \$1,500/familiar \$3,000.	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; más 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 \$3,000/familiar \$6,000.	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> 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">http://www.aetna.com/docfind</a> o llame al 1-888-982-3862.	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> ?	Sí.	Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de ver al <u>especialista</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)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del proveedor</b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$30 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$50 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo.	Sin cobertura.	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> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b>  Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en <a href="http://www.aetnapharmacy.com/advancedcontrolaetnaca">www.aetnapharmacy.com/advancedcontrolaetnaca</a>	Medicamentos genéricos	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$20 para un suministro de 30 días (al por menor), \$50 para un suministro de 31 a 90 días (al por menor y pedidos por correo).	Sin cobertura.	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 y medicamentos orales para la fertilidad. 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, salvo que se receten con la leyenda "Dispense as Written" (dispensar según lo indicado).
	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 (al por menor), \$100 para un suministro de 31 a 90 días (al por menor y pedidos por correo).	Sin cobertura.	
	Medicamentos de marca no preferidos	30 % de <u>coseguro</u> hasta un monto máximo/medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$100 para un suministro de 30 días (al por menor), \$250 para un suministro de 31 a 90 días (al por menor y 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 (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Se aplican los costos antes mencionados para medicamentos genéricos y de marca.	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.
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<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 red se paga igual que dentro de la <u>red</u> . No hay cobertura para atención que no es de emergencia.
	<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 red 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>	\$100 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	No hay cobertura para atención que no es de urgencia.
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio: \$30 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> ; otros servicios para pacientes ambulatorios: sin cargo.	Sin cobertura.	Otros servicios para pacientes ambulatorios: <u>hospitalización</u> parcial, programas intensivos, tratamiento de salud conductual para trastorno generalizado del desarrollo/autismo, <u>atención médica en el hogar</u> , terapia electroconvulsiva, tratamiento diurno, tratamiento médico para síntomas de abstinencia y monitoreo ambulatorio de tratamientos inyectables.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo.	Sin cobertura.	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).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	\$30 de <u>copago</u> /embarazo, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	

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)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	\$50 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	120 visitas/año calendario.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$50 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	120 días/año calendario.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	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>	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
<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:

<b>Servicios que su <u>plan</u>, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía cosmética.</li> <li>• Atención dental (adultos y niños).</li> <li>• Anteojos (niños).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención a largo plazo.</li> <li>• Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de rutina para la vista (adultos y niños).</li> <li>• Atención de rutina para los pies.</li> <li>• Programas para la pérdida de peso.</li> </ul>

<b>Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del <u>plan</u>).</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura: 20 visitas por año calendario para tratar una enfermedad, una lesión o un dolor crónico.</li> <li>• Cirugía bariátrica.</li> <li>• Cuidado quiropráctico: 30 visitas por año calendario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Audífonos: Máximo de \$1,000 por oído por año calendario.</li> <li>• Tratamiento para la infertilidad: Limitado al diagnóstico y el tratamiento de la afección médica subyacente, incluida la inseminación artificial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermería privada: 60 turnos de 8 horas por año calendario.</li> </ul>

**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: Departamento de Atención Médica Administrada de California, 1-888-466-2219 (número gratuito), 1-877-688-9891 (TDD), <http://www.dmhc.ca.gov>.

- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-888-982-3862.
- 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 [www.dol.gov/ebsa/healthreform](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).

- 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:

- 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 gratuito general 1-888-982-3862. 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 [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).
- El Departamento de Atención Médica Administrada de California al 1-888-466-2219 (número gratuito) o al 1-877-688-9891 (TDD), <http://www.dmhc.ca.gov>.
- 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. Contacto: California Consumer Assistance Program, operado por el Departamento de Atención Médica Administrada de California, 980 9<sup>th</sup> Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, 1-888-466-2219 (número gratuito), 1-877-688-9891 (TDD), fax: 916-255-5241; <http://www.dmhc.ca.gov>, [helpline@dmhc.ca.gov](mailto:helpline@dmhc.ca.gov).

### **¿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 \$1,500
- Copago de especialista \$50
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20 %
- Otro coseguro 20 %

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>	\$1,500
<u>Copagos</u>	\$30
<u>Coseguro</u>	\$1,500
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$3,060</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 \$1,500
- Copago de especialista \$50
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20 %
- Otro coseguro 20 %

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*)

<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>	\$1,400
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$1,520</b>

**Fractura simple de Mía**

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

- El deducible general del plan \$1,500
- Copago de especialista \$50
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20 %
- Otro coseguro 20 %

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>	\$0
<u>Copagos</u>	\$700
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mía pagaría es</b>	<b>\$700</b>

Nota: Con estos números se supone que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si participa en dicho programa, es posible que sus costos sean menores. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, llame al 1-888-982-3862.

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 1-888-982-3862.

## 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 de derechos civiles federales y de California vigentes y no discrimina, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, origen, grupo étnico, ascendencia, religión, sexo, estado civil, edad, género, identidad de género, orientación sexual, discapacidad, afección médica o información genética.

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, por acción u omisión, 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 a la siguiente dirección:

Planes que no son HMO:

Civil Rights Coordinator, Non-HMO

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512

1-800-648-7817, TTY: 711, fax: 859-425-3379

[CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com)

Planes HMO:

Civil Rights Coordinator, HMO

P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779

1-800-648-7817, TTY: 711, fax: 860-262-7705

[CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com)

También puede presentar una queja en el Departamento de Seguros de California ingresando en [www.insurance.ca.gov](http://www.insurance.ca.gov), o bien por correo o por teléfono: Consumer Services Division, 300 Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013, 1-800-927-HELP (4357), TDD: 1-800-482-4TDD (4833).

También puede presentar una queja sobre derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si cree que hubo discriminación por pertenecer a una de las clases protegidas por la ley federal, que incluyen raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. 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 del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, Aetna Health of California Inc. y sus filiales (Aetna).**

TTY: 711

**Servicio de acceso a idiomas:**

For language assistance in your language call 1-888-982-3862 at no cost.

- Albanian - Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi 1-888-982-3862.
- Amharic - የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-888-982-3862 ይደውሉ።
- Arabic - 1-888-982-3862 مقررًا على الاتصال بالخدمة، نفعلك أي نود أي وغالًا تادمخال على لوصول
- Armenian - Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 1-888-982-3862 հեռախոսահամարով:
- Bahasa-Indonesia - Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-888-982-3862 tanpa dikenakan biaya.
- Bantu-Kirundi - Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, hamagara 1-888-982-3862.
- Bengali-Bangala - আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পবকিষাি পপক হকয এই নম্বকি পবেযক ান ব্রুন: 1-888-982-3862।
- Bisayan-Visayan - Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-888-982-3862.
- Burmese - သင့်အနေဖြင့် အခကြေးငွေ မပေးရပဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ရန် 1-888-982-3862 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
- Catalan - Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-888-982-3862.
- Chamorro - Para un hago' i setbision lengguahi ni dibatde para hagu, a'gang 1-888-982-3862.
- Cherokee - ႠႃႆႠ 1-888-982-3862.
- Chinese - 如欲使用免費語言服務，請致電 1-888-982-3862。
- Choctaw - Anumpa tohsholi I toksvli ya peh pilla ho ish I paya hinla, I paya 1-888-982-3862.
- Cushite - Tajaajiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-888-982-3862.
- Dutch - Voor gratis toegang tot taaldiensten, bell 1-888-982-3862.
- French - Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-888-982-3862.
- French Creole - Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-888-982-3862.
- German - Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-888-982-3862 an.
- Greek - Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-888-982-3862.

- Gujarati - તમારે કોઇ જાતના ખર્ચ વના ભાષાની સેવિઓની પહોર માટે, કોલ કરો 1-888-982-3862.
- Hawaiian - No ka wala'au 'ana me ka lawelawe 'olelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-888-982-3862 Kāki 'ole 'ia kēia kōkua nei.
- Hindi - आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, 1-888-982-3862 पर कॉल करें।
- Hmong - Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-888-982-3862.
- Igbo - Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-888-982-3862.
- Ilocano - Tapno maaksesyo dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-888-982-3862.
- Indonesian - Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-888-982-3862.
- Italian - Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-888-982-3862.
- Japanese - 言語サービスを無料でご利用いただくには、1-888-982-3862 までお電話ください
- Karen - လာတာကမနာ်ကိၣ်အတာ်မၤအတာ်ဖံးတာ်မၤတဖၣ်လာတအိၣ်ဒီးအပူၤလာကဘၣ်ဟ့ၣ်အီၤအဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-888-982-3862 တက့ၢ်.
- Korean - 무료 언어 서비스를 이용하려면 1-888-982-3862 번으로 전화해 주십시오.
- Kru-Bassa - M̄ dyi wuḍu-dù kà kò dò bě dyi móuñ nì Pídyi ní, nìí, dá nòbà nìà ke: 1-888-982-3862.
- Kurdish - 1-888-982-3862 یەرامژ هە مەکەب یە دێن مەوی هەپ، ۆت ۆب نوو چۆ ئێت ئێب هەب نامز یراز وگتەم زخ هەب ن ت ش ی ه گ ا ر ئ ی پ س ه د ۆب
- Laotian - ເພື່ອຂໍ້ໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-982-3862.
- Marathi - कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी 1-888-982-3862 वर फोन करा.
- Marshallese - Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirlok 1-888-982-3862.
- Micronesian Pohnpeyan - Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-888-982-3862.
- Mon-Khmer Cambodian - ដើម្បីប្រើប្រាស់សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកអូស្ត្រាលី ឬអ្នកទេសចរណ៍ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-888-982-3862។.
- Navajo - T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowol doo bááq̄h ílínígóó kojí' hólne' 1-888-982-3862.
- Nepali - निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गनन 1-888-982-3862 मा टेलिफोन गनुनहोस् ।
- Nilotic-Dinka - Të kɔɔr yin wëër de thokic ke cïn wëu kɔr keek tënɔŋ yïn. Ke cɔl kɔc ye kɔc kuɔny ne nɔmba 1-888-982-3862.
- Norwegian - For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-888-982-3862.

- Pennsylvania Dutch - Um Schprooch Services zu griegie mitaus Koscht, ruff 1-888-982-3862.
- Persian - دیری گب سامت 1-888-982-3862 هرامش اب ،ن اگی ار روط هب نابز تامدخ هب یسرتسد یارب
- Polish - Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-888-982-3862.
- Portuguese - Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-888-982-3862.
- Punjabi - ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਨਿੰ ਬਸਿੰ ਮਿਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਰਿਨ ਲਈ, 1-888-982-3862 'ਤੇ ਫੋਨ ਰਿ।
- Romanian - Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apălați 1-888-982-3862.
- Russian - Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-888-982-3862.
- Samoan - Mo le mauaina o auaunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le 1-888-982-3862.
- Serbo-Croatian - Za besplatne prevodilačke usluge pozovite 1-888-982-3862.
- Spanish - Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-888-982-3862.
- Sudanic-Fulfulde - Heeba a nasta jangirde djey wolde wola chede bo apelou lamba 1-888-982-3862.
- Swahili - Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga 1-888-982-3862.
- Syriac - 1-888-982-3862 .
- Tagalog - Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa 1-888-982-3862.
- Telugu - మీరు భష నేవలను ఉచితంగా అందుకున ందుకు, 1-888-982-3862 కు కల్ చేయండి.
- Thai - หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทร 1-888-982-3862.
- Tongan - Kapau 'oku ke fiema'u ta'etötongi 'a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he 1-888-982-3862.
- Trukese - Ren omw kopwe angei anininisin eman chon awewei (ese kamo), kopwe kori 1-888-982-3862.
- Turkish - Sizin için ücretsiz dil hizmetlerine erişebilmek için, 1-888-982-3862 numarayı arayın.
- Ukrainian - Щоб отримати безкоштовний доступ до мовних послуг, задзвоніть за номером 1-888-982-3862.
- Urdu - سیرک تاب رب 1-888-982-3862 سے لے کے نے رک لصاح تامدخ ،قلع تم سے نابز تامدخ یارب۔
- Vietnamese - Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-888-982-3862.
- Yiddish - צו צוטריט קארפּש באַדינונגען אין קיין פּרייז צו איר, רופן 1-888-982-3862
- Yoruba - Lati wọnú awọn isẹ èdè l'ọfẹ fun ọ, pe 1-888-982-3862.