



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite [www.HealthReformPlanSBC.com](http://www.HealthReformPlanSBC.com) o llame al 1-833-982-7368. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-833-982-7368 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes   | Respuestas  | ¿Por qué es importante?   |
|---|---|---|
| ¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?  | \$0.  | Consulte la tabla de eventos comunes a continuación para ver los costos de servicio que cubre este <a href="#">plan</a> .   |
| ¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <a href="#">deducible</a> ?                       | No.   | Tendrá que pagar todo el <a href="#">deducible</a> antes de que el <a href="#">plan</a> pague algún servicio.   |
| ¿Hay algún otro <a href="#">deducible</a> por servicios específicos?                              | No.   | No tiene que pagar un <a href="#">deducible</a> por servicios específicos.  |
| ¿Cuál es el <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> de este <a href="#">plan</a> ? | Dentro de la <a href="#">red</a> : individual \$6,850/familiar \$13,700.  | El <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en este <a href="#">plan</a> , cada uno debe alcanzar su propio <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> hasta que se alcance el <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> familiar general.  |
| ¿Qué no incluye el <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> ?                       | <a href="#">Primas</a> , cargos de facturación del saldo y la atención médica que este <a href="#">plan</a> no cubre.   | Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> .  |
| ¿Pagará un poco menos si acude a un <a href="#">proveedor dentro de la red médica</a> ?           | Sí. Vea <a href="http://www.aetna.com/docfind">www.aetna.com/docfind</a> o llame al 1-833-982-7368 para una lista de <a href="#">proveedores dentro de la red</a> . | Este <a href="#">plan</a> utiliza una <a href="#">red</a> de <a href="#">proveedores</a> . Usted pagará menos si acude a un <a href="#">proveedor</a> dentro de la <a href="#">red</a> del <a href="#">plan</a> . Usted pagará más si acude a un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y es posible que reciba una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia en el costo del <a href="#">proveedor</a> y lo que su <a href="#">plan</a> paga ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en mente que su <a href="#">proveedor dentro de la red</a> podría utilizar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <a href="#">proveedor</a> antes de obtener servicios. |
| ¿Necesita un <a href="#">referido</a> para ver a un <a href="#">especialista</a> ?                | No.   | Puede acudir al <a href="#">especialista</a> de su preferencia sin un <a href="#">referido</a> .  |



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

| Eventos médicos comunes  | Servicios que podría necesitar   | Lo que usted paga   |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|--|---|--|---|
|  |  | Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)   | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) |   |
| <b>Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud</b>  | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad                    | <a href="#">Copago</a> de \$15 por visita; excepto <a href="#">coseguro</a> del 20 % para cirugía en el consultorio   | Sin cobertura                                      | Ninguna   |
|  | Visita al <a href="#">especialista</a>   | <a href="#">Copago</a> de \$30 por visita; excepto <a href="#">coseguro</a> del 20 % para cirugía en el consultorio   | Sin cobertura                                      | Ninguna   |
|  | <a href="#">Atención preventiva/examen colectivo</a> /vacuna                       | Sin cargo   | Sin cobertura                                      | Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <a href="#">proveedor</a> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su <a href="#">plan</a> .  |
| <b>Si se realiza un examen</b>   | <a href="#">Prueba diagnóstica</a> (radiografía, análisis de sangre)               | Servicios de laboratorio: <a href="#">coseguro</a> del 20 % (hospital), <a href="#">copago</a> de \$15 por visita (centro independiente); radiografías: <a href="#">coseguro</a> del 20 %   | Sin cobertura                                      | Ninguna   |
|  | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %   | Sin cobertura                                      | Ninguna   |
| <b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</b><br>Hay más información disponible acerca de la <a href="#">cobertura de medicamentos con receta</a> en <a href="http://www.aetnapharmacy.com/standard">www.aetnapharmacy.com/standard</a> | Medicamentos genéricos   | <a href="#">Copago</a> por receta, no se aplica el <a href="#">deducible</a> : RX1, \$15 (al por menor), \$35 (órdenes por correo); RX2, \$25 (al por menor), \$60 (órdenes por correo); RX3, \$15 (al por menor), \$37.50 (órdenes por correo).  | Sin cobertura                                      | El plan cubre un suministro de 30 días (al por menor) y un suministro de entre 31 y 90 días (órdenes por correo). Incluye medicamentos y dispositivos anticonceptivos disponibles en las farmacias. Los anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) se brindan sin cargo dentro de la <a href="#">red</a> . Su costo será mayor si elige medicamentos de marca en lugar de genéricos. La diferencia en el costo no cuenta para el <a href="#">límite de gastos directos del bolsillo</a> . Para los medicamentos de mantenimiento, luego de surtir dos recetas al por menor, los miembros deben abastecer un suministro de 90 días en CVS Caremark® Mail Service Pharmacy o CVS Pharmacy. La opción RX6 no está cubierta. |
|  | Medicamentos de marcas preferidas  | <a href="#">Copago</a> por receta, no se aplica el <a href="#">deducible</a> : RX1, \$50 (al por menor), \$125 (órdenes por correo); RX2, \$75 (al por menor), \$187.50 (órdenes por correo); RX3, 50 % con un mínimo de \$25 y un máximo de \$500 (al por menor), 50 % con un mínimo de \$62.50 y un máximo de \$1,250 (órdenes por correo). | Sin cobertura                                      |   |

| Eventos médicos comunes   | Servicios que podría necesitar                                 | Lo que usted paga  |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante  |
|---|--|--|---|--|
|   |  | Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)  | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)                                      |  |
|   | Medicamentos de marcas no preferidas                           | <a href="#">Copago</a> por receta, no se aplica el <a href="#">deducible</a> : RX1, \$75 (al por menor), \$187.50 (órdenes por correo); RX2, \$100 (al por menor), \$250 (órdenes por correo); RX3, 50 % con un mínimo de \$25 y un máximo de \$500 (al por menor), 50 % con un mínimo de \$62.50 y un máximo de \$1,250 (órdenes por correo). | Sin cobertura   |  |
|   | <a href="#">Medicamentos especializados</a>                    | <a href="#">Coseguro</a> por receta, no se aplica el <a href="#">deducible</a> : RX1 y RX2, 30 % (al por menor y órdenes por correo); RX3, 50 % (al por menor y órdenes por correo).   | Sin cobertura   | Todas las recetas se deben surtir mediante la <a href="#">red</a> de Aetna Specialty Pharmacy. Se requiere precertificación para obtener cobertura. El costo de algunos medicamentos especializados adquiridos en la farmacia (aunque el fabricante se los reembolse sin costo) no cuenta para alcanzar el máximo de gastos directos del bolsillo. La opción RX6 no está cubierta. |
| <b>Si se somete a una operación ambulatoria</b>                         | Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %  | Sin cobertura   | Ninguna  |
|   | Honorarios del médico/cirujano                                 | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %  | Sin cobertura   | Ninguna  |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>                            | <a href="#">Atención en la sala de emergencias</a>             | <a href="#">Coseguro</a> del 20 % después de <a href="#">copago</a> de \$100 por visita  | <a href="#">Coseguro</a> del 20 % después de <a href="#">copago</a> de \$100 por visita | La atención que no es de emergencia no está cubierta.  |
|   | <a href="#">Transporte médico de emergencia</a>                | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %  | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %   | Traslados que no son de emergencia: sin cobertura, salvo que exista una autorización previa.   |
|   | <a href="#">Atención de urgencia</a>                           | <a href="#">Copago</a> de \$30 por visita  | Sin cobertura   | La atención que no es de urgencia no está cubierta.  |
| <b>Si le hospitalizan</b>   | Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)        | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %  | Sin cobertura   | Ninguna  |
|   | Honorarios del médico/cirujano                                 | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %  | Sin cobertura   | Ninguna  |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías</b> | Servicios ambulatorios   | Visitas al consultorio: <a href="#">copago</a> de \$15 por visita; otros servicios ambulatorios: <a href="#">coseguro</a> del 20 %   | Sin cobertura   | Ninguna  |
|   | Servicios internos   | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %  | Sin cobertura   | Ninguna  |

| Eventos médicos comunes   | Servicios que podría necesitar                      | Lo que usted paga   |  | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|---|---|---|--|---|
|   |   | Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)   | Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo) |   |
| Si está embarazada  | Visitas al consultorio                              | Sin cargo; <a href="#">copago</a> de \$15 por la visita inicial para confirmar el embarazo. | Sin cobertura                                      | El <a href="#">costo compartido</a> no se aplica a los <a href="#">servicios preventivos</a> . La atención durante la maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en este SBC (p. ej., sonogramas). |
|   | Servicios de parto profesionales                    | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %   | Sin cobertura                                      |   |
|   | Servicios de instalaciones de partos profesionales  | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %   | Sin cobertura                                      |   |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | <a href="#">Cuidado de la salud en el hogar</a>     | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %   | Sin cobertura                                      | 60 visitas por año calendario   |
|   | <a href="#">Servicios de rehabilitación</a>         | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %   | Sin cobertura                                      | 60 visitas por año calendario para terapias física, ocupacional y del habla combinadas  |
|   | <a href="#">Servicios de habilitación</a>           | <a href="#">Copago</a> de \$15 por visita   | Sin cobertura                                      | Se limita al tratamiento del autismo.   |
|   | <a href="#">Cuidado de enfermería especializada</a> | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %   | Sin cobertura                                      | Ninguna   |
|   | <a href="#">Equipo médico duradero</a>              | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %   | Sin cobertura                                      | Se limita a un <a href="#">equipo médico duradero</a> que se utiliza para el mismo propósito o uno similar. Se excluyen las reparaciones como consecuencia del uso indebido o del maltrato.                           |
| <a href="#">Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</a>        | <a href="#">Coseguro</a> del 20 %                   | Sin cobertura   | Ninguna  |   |
| Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista                     | Examen de la vista pediátrico                       | Sin cargo   | Sin cobertura                                      | 1 examen de rutina para la vista por año calendario   |
|   | Anteojos para niños                                 | Sin cargo   | Sin cargo  | Máximo de \$125 por año calendario para niños hasta los 19 años de edad   |
|   | Chequeo dental pediátrico                           | Sin cobertura   | Sin cobertura                                      | Sin cobertura   |

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su [plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Cirugía estética.
- Atención dental (adultos y niños).
- Cuidado a largo plazo.
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Cuidado de rutina para pies.
- Programas para adelgazar, excepto para los [servicios preventivos](#) requeridos.

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Acupuntura (en lugar de anestesia).
- Cirugía bariátrica.
- Quiropraxia: 30 visitas por año calendario.
- Audífonos: 1 audífono por oído cada 24 meses para niños hasta los 15 años de edad.
- Tratamiento para la infertilidad: Para obtener más información y conocer las excepciones, consulte el documento de la póliza proporcionado por su empleador.
- Enfermería privada: 70 turnos de 8 horas por año calendario.
- Atención de rutina para la vista (adultos): 1 examen de rutina para la vista por año calendario.

### Sus derechos a continuar con su cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es:

- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el [plan](#) al 1-833-982-7368.
- 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, extensión 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.

Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de [Seguro Médico](#). Para más información acerca del [Mercado](#), visite [www.cuidadodesalud.gov/es](http://www.cuidadodesalud.gov/es) o llame al 1-800-318-2596.

### Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con:

- Si desea comunicarse directamente con Aetna, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica o a nuestro número gratuito general al 1-833-982-7368.
- 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, extensión 61565; o visitar [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov).
- El programa de asistencia al consumidor también puede ayudarlo a presentar su [apelación](#). Puede encontrar la información de contacto 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](#), en general, incluye [planes](#) y [seguros de salud](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted califica para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no califique para el [crédito fiscal para las primas](#).

### ¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

----- Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección. -----

Acerca de los ejemplos de cobertura:



**Este no es un estimador de costos.** Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) según el [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

**Peg está embarazada**

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) de [especialista](#) \$30
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 20 %
- Otro [coseguro](#) 20 %

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

- Visitas al especialista (*atención prenatal*)
- Servicios de parto profesionales
- Servicios de instalaciones de partos profesionales
- Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
- Visita al especialista (*anestesia*)

|                                      |                 |
|--------------------------------------|-----------------|
| <b>Costo total hipotético</b>        | <b>\$12,700</b> |
| <b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b> |                 |
| <i>Costo compartido</i>              |                 |
| Deducibles                           | \$0             |
| Copagos                              | \$70            |
| Coseguro                             | \$2,100         |
| <i>Qué no está cubierto</i>          |                 |
| Límites o exclusiones                | \$60            |
| <b>El total que Peg pagaría es</b>   | <b>\$2,230</b>  |

**Control de la diabetes tipo 2 de Joe**

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) de [especialista](#) \$30
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 20 %
- Otro [coseguro](#) 20 %

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

- Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
- Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
- Medicamentos por recetas
- Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b>        | <b>\$5,600</b> |
| <b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b> |                |
| <i>Costo compartido</i>              |                |
| Deducibles                           | \$0            |
| Copagos                              | \$1,300        |
| Coseguro                             | \$0            |
| <i>Qué no está cubierto</i>          |                |
| Límites o exclusiones                | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b>   | <b>\$1,320</b> |

**Fractura simple de Mia**

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) de [especialista](#) \$30
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 20 %
- Otro [coseguro](#) 20 %

**Este EJEMPLO incluye servicios como:**

- Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
- Prueba diagnóstica (*radiografía*)
- Equipo médico duradero (*muletas*)
- Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

|                                      |                |
|--------------------------------------|----------------|
| <b>Costo total hipotético</b>        | <b>\$2,800</b> |
| <b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b> |                |
| <i>Costo compartido</i>              |                |
| Deducibles                           | \$0            |
| Copagos                              | \$70           |
| Coseguro                             | \$500          |
| <i>Qué no está cubierto</i>          |                |
| Límites o exclusiones                | \$0            |
| <b>El total que Mia pagaría es</b>   | <b>\$570</b>   |

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en 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 en vigor 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:

Civil Rights Coordinator,

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

Teléfono: 1-800-648-7817, TTY: 711

Fax: 859-425-3379 (clientes de planes CA HMO: 860-262-7705), [CRCoordinator@aetna.com](mailto: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, los planes Coventry Health Care y sus filiales.**





- Hindi - **हन्दिी में भाषा सहायता के लिए, 1-833-982-7368 पर मुफ्त कॉल करें।**
- Hmong - **Yog xav tau kev pab txhais lus Hmoob hu dawb tau rau 1-833-982-7368.**
- Ibo - **Maka enyemaka asụsụ na Igbo kpọọ 1-833-982-7368 na akwughị ugwo ọ bụla**
- Ilocano - **Para iti tulong ti pagsasao iti pagsasao tawagan ti 1-833-982-7368 nga awan ti bayadanyo.**
- Italian - **Per ricevere assistenza linguistica in italiano, può chiamare gratuitamente 1-833-982-7368.**
- Japanese - **日本語で援助をご希望の方は、1-833-982-7368 まで無料でお電話ください。**
- Karen - **လၢတၢ်မၤစၢၤတၢ်ကတိၤကိၣ်အံၤကိၣ် ၀၁-၈၃၃-၉၈၂-၇၃၆၈ လၢတၢ်အိၣ်ဒီးတၢ်လၢတၢ်ဘျၣ်လၢတၢ်စ့ၤဘျၣ်**
- Korean - **한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 무료 통화번호인 1-833-982-7368 번으로 전화해 주십시오.**
- Kru-Bassa - **Ɓɛ̀m`ké gbo-kpá-kpá dyé pídyi dé Ɓáswá-wuḍuũn wɛ́ɛ, dǎ 1-833-982-7368**
- Kurdish - **برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-833-982-7368 به خۆرای پێیوهندی بکەن.**
- Laotian - **ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາລາວ, ກະລຸນາໂທຫາ1-833-982-7368 ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໂທ.**
- Marathi - **कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी, 1-833-982-7368 वर फोन करा.**
- Marshallese - **Ñan bōk jipañ ilo Kajin Majol, kallok 1-833-982-7368 ilo ejjelok wōnān.**
- Micronesian-Pohnpeyan - **Ohng palien sawas en soun kawewe ni omw lokaia Ponape koahl 1-833-982-7368 ni sohte isais.**
- Mon-Khmer, Cambodian - **សម្រាប់ជំនួយភាសាជា ភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-833-982-7368 ដោយឥតគិតថ្លៃ។**
- Navajo - **T'áá shi shizaad k'ehjí bee shíká a'doowol nínízingo Diné k'ehjí koji' t'áá jíík'e hólne' 1-833-982-7368**
- Nepali - **(नेपाली) मा निःशुल्क भाषा सहायता पाउनका लागि 1-833-982-7368 मा फोन गर्नुहोस् ।**
- Nilotic-Dinka - **Tën kuwoṅy ë thok ë Thuoṅjäṅ col 1-833-982-7368 kec'in ayöc.**
- Norwegian - **For språkassistanse på norsk, ring 1-833-982-7368 kostnadsfritt.**
- Panjabi - **ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾਈ ਮਦਦ ਲਈ, 1-833-982-7368 'ਤੇ ਮੁਫਤ ਕਾਲ ਕਰੋ।**
- Pennsylvania Dutch - **Fer Hëlfe in Deutsch, ruf: 1-833-982-7368 aa. Es Aaruf koschtet nix.**
- Persian - **برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-833-982-7368 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. انگلیسی**
- Polish - **Aby uzyskać pomoc w języku polskim, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-833-982-7368.**
- Portuguese - **Para obter assistência linguística em português ligue para o 1-833-982-7368 gratuitamente.**
- Romanian - **Pentru asistență lingvistică în românește telefonați la numărul gratuit 1-833-982-7368**

