



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 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 <u>deducible</u> general?	Nivel 1: individual \$3,000/familiar \$6,000. Nivel 2: individual \$6,000/familiar \$12,000.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el <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 el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagado por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?	Sí. Los <u>medicamentos con receta</u> y la <u>atención preventiva</u> dentro de la <u>red</u> están cubiertos antes de que complete el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que cumpla con su <u>deducible</u> . Vea una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un <u>deducible</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> de este <u>plan</u> ?	Nivel 1: individual \$6,850/familiar \$13,700. Nivel 2: individual \$6,850/familiar \$13,700.	El <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en este <u>plan</u> , cada uno debe alcanzar su propio <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> hasta que se alcance el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> familiar general.
¿Qué no incluye el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de facturación del saldo y la atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> .
¿Pagará un poco menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red médica</u> ?	Sí. Vea www.aetna.com/docfind o llame al 1-833-982-7368 para una lista de <u>proveedores</u> de atención preferida.	Pagará lo mínimo si acude a un <u>proveedor</u> del nivel 1. Pagará más si acude a un <u>proveedor</u> del nivel 2. Usted 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 en el costo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en mente que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede acudir al <u>especialista</u> de su preferencia sin un <u>referido</u> .



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

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del nivel 1 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor del nivel 2 (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Primeras dos visitas al médico de atención primaria sin cargo; luego, <u>copago</u> de \$30 por visita; <u>coseguro</u> del 50 % para cirugía en el consultorio	<u>Coseguro</u> del 50 %	Sin cobertura	Las visitas preventivas al consultorio no cuentan para las primeras dos visitas al consultorio del médico de atención primaria.
	Visita al <u>especialista</u>	<u>Copago</u> de \$50 por visita; excepto <u>coseguro</u> del 50 % para cirugía en el consultorio	<u>Coseguro</u> del 50 %	Sin cobertura	Ninguna
	<u>Atención preventiva/examen colectivo/vacuna</u>	Sin cargo	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Pregúntele a su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su <u>plan</u> .
Si se realiza un examen	<u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre)	Servicios de laboratorio: <u>copago</u> de \$30 por visita (centro independiente), <u>coseguro</u> del 50 % (hospital); radiografías: <u>coseguro</u> del 50 %	<u>Coseguro</u> del 50 %	Sin cobertura	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	<u>Coseguro</u> del 50 %	<u>Coseguro</u> del 50 %	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la <u>cobertura de medicamentos con receta</u> en <u>www.aetnapharmacy.com/standard</u>	Medicamentos genéricos	No se aplica.	<u>Copago</u> por receta, no se aplica el <u>deductible</u> : 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)

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del nivel 1 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor del nivel 2 (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Medicamentos de marcas preferidas	No se aplica.	<u>Copago</u> por receta, no se aplica el <u>deductible</u> : 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	se brindan sin cargo dentro de la <u>red</u> . Su costo será mayor si elige medicamentos de marca en lugar de genéricos. La diferencia en el costo no cuenta para el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> . 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 no preferidas	No se aplica.	<u>Copago</u> por receta, no se aplica el <u>deductible</u> : 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	
	<u>Medicamentos especializados</u>	No se aplica.	<u>Coseguro</u> por receta, no se aplica el <u>deductible</u> : 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 <u>red</u> de Aetna Specialty Pharmacy. Se requiere precertificación para obtener cobertura. La opción RX6 no está cubierta.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del nivel 1 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor del nivel 2 (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	<u>Coseguro</u> del 50 % después de <u>copago</u> de \$250 por visita	<u>Coseguro</u> del 50 %	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 50 %	<u>Coseguro</u> del 50 %	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	<u>Coseguro</u> del 50 % después de <u>copago</u> de \$100 por visita	<u>Coseguro</u> del 50 % después de <u>copago</u> de \$100 por visita	<u>Coseguro</u> del 50 % después de <u>copago</u> de \$100 por visita	La atención que no es de emergencia no está cubierta.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Coseguro</u> del 50 %	<u>Coseguro</u> del 50 %	<u>Coseguro</u> del 50 %	Traslados que no son de emergencia: sin cobertura, salvo que exista una autorización previa.
	<u>Atención de urgencia</u>	<u>Copago</u> de \$50 por visita	<u>Copago</u> de \$50 por visita	Sin cobertura	La atención que no es de urgencia no está cubierta.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	<u>Copago</u> de \$500 por día durante los 5 primeros días por admisión; luego, <u>coseguro</u> del 0 %	<u>Coseguro</u> del 50 %	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro</u> del 50 %	<u>Coseguro</u> del 50 %	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Visitas al consultorio: sin cargo; otros servicios ambulatorios: <u>coseguro</u> del 50 %	Visitas al consultorio y otros servicios ambulatorios: <u>coseguro</u> del 50 %	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios internos	<u>Copago</u> de \$500 por día durante los 5 primeros días por admisión; luego, <u>coseguro</u> del 50 %	<u>Coseguro</u> del 50 %	Sin cobertura	Ninguna
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo; <u>copago</u> de \$30 por la visita inicial para confirmar el embarazo.	<u>Coseguro</u> del 50 %	Sin cobertura	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . La atención durante la maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en este SBC (p. ej., sonogramas).
	Servicios de parto profesionales	<u>Coseguro</u> del 50 %	<u>Coseguro</u> del 50 %	Sin cobertura	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	<u>Copago</u> de \$500 por día durante los 5 primeros días por admisión; luego, <u>coseguro</u> del 0 %	<u>Coseguro</u> del 50 %	Sin cobertura	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor del nivel 1 (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor del nivel 2 (Usted pagará más)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	<u>Copago</u> de \$50 por visita	<u>Coseguro</u> del 50 %	Sin cobertura	60 visitas por año calendario
	Servicios de rehabilitación	<u>Copago</u> de \$50 por visita	<u>Coseguro</u> del 50 %	Sin cobertura	60 visitas por año calendario para terapias física, ocupacional y del habla, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
	Servicios de habilitación	<u>Copago</u> de \$30 por visita	<u>Coseguro</u> del 50 %	Sin cobertura	Se limita al tratamiento del autismo.
	Cuidado de enfermería especializada	<u>Coseguro</u> del 50 % después de <u>copago</u> de \$500 por día durante los 5 primeros días por admisión	<u>Coseguro</u> del 50 %	Sin cobertura	Ninguna
	Equipo médico duradero	<u>Coseguro</u> del 50 %	<u>Coseguro</u> del 50 %	Sin cobertura	Se limita a un <u>equipo médico duradero</u> que se utiliza para el mismo propósito o uno similar. Se excluyen las reparaciones como consecuencia del uso indebido o del maltrato.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	<u>Coseguro</u> del 50 %	<u>Coseguro</u> del 50 %	Sin cobertura	Ninguna
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	<u>Copago</u> de \$50 por visita	Sin cobertura	Sin cobertura	1 examen de rutina para la vista por año calendario
	Anteojos para niños	Sin cargo	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	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 para proveedores del nivel 1 únicamente.

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.
- 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 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.
- 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 ayudarle 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](#) ([deductibles](#), [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 deductible general del plan	\$3,000
■ Copago de especialista	\$50
■ Copago de hospital (instalaciones)	\$500
■ Otro coseguro	50 %

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*)

Costo total hipotético	\$12,700
------------------------	----------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$3,000
Copagos	\$1,000
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$4,060

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ El deductible general del plan	\$3,000
■ Copago de especialista	\$50
■ Copago de hospital (instalaciones)	\$500
■ Otro coseguro	50 %

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*)

Costo total hipotético	\$5,600
------------------------	---------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$1,100
Copagos	\$1,100
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$2,220

Fractura simple de Mia

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

■ El deductible general del plan	\$3,000
■ Copago de especialista	\$50
■ Copago de hospital (instalaciones)	\$500
■ Otro coseguro	50 %

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total hipotético	\$2,800
------------------------	---------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deductibles	\$2,700
Copagos	\$10
Coseguro	\$0
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$2,710

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.

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.

TTY: 711

Asistencia de idiomas:

For language assistance in your language call 1-833-982-7368 at no cost.

Albanian -	Për asistencë në gjuhën shqipe telefononi falas në 1-833-982-7368.
Amharic -	አማርኛ አገልግሎት 1-833-982-7368 በነጋድ ይደመስ
Arabic -	للمساعدة في (اللغة العربية)، الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-833-982-7368
Armenian -	Լեզվի գուցաքերած աջակցության (հայերեն) զանգի 1-833-982-7368 առանց գնում:
Bahasa Indonesia -	Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-833-982-7368 tanpa dikenakan biaya.
Bantu-Kirundi -	Niba urondera uwugufasha mu Kirundi, twakure kuri iyi nomero 1-833-982-7368 ku busa
Bengali-Bangala -	বাংলায় ভাষা সহায়তার জন্য বিনামূলে 1-833-982-7368-তে কল করুন।
Bisayan-Visayan -	Alang sa pag-abag sa pinulongan sa (Binisayang Sinugboanon) tawag sa 1-833-982-7368 nga walay bayad.
Burmese -	ထွက်နှုပ်စရာမလိုဘဲ (မြန်မာဘာသာစကား)အင် ဘာသာစကားအကျအည်ပေါ်ရန် 1-833-982-7368 ကို ခေါ်ဆိုပါ။
Catalan -	Per rebre assistència en (català), truqui al número gratuït 1-833-982-7368.
Chamorro -	Para ayuda gi fino' (Chamoru), ågang 1-833-982-7368 sin gåstu.
Cherokee -	Thetau Sihcota Jihcota 1-833-982-7368 O'oth L Agho J degp hir.
Chinese -	欲取得繁體中文語言協助，請撥打 1-833-982-7368，無需付費。
Choctaw -	(Chahta) anumpa ya_apela a chi l paya hinla 1-833-982-7368.
Cushite -	Gargaarsa afaan Oromiffa hiikuu argachuuf lakkokkofsa bilbilaa 1-833-982-7368 irratti bilisaan bilbilaa.
Dutch -	Bel voor tolk- en vertaaldiensten in het Nederlands gratis naar 1-833-982-7368.
French -	Pour une assistance linguistique en français appeler le 1-833-982-7368 sans frais.
French Creole -	Pou jwenn asistans nan lang Kreyòl Ayisyen, rele nimewo 1-833-982-7368 gratis.
German -	Benötigen Sie Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache? Rufen Sie uns kostenlos unter der Nummer 1-833-982-7368 an.
Greek -	Για γλωσσική βοήθεια στα Ελληνικά καλέστε το 1-833-982-7368 χωρίς χρέωση.
Gujarati -	ગુજરાતીમાં ભાષામાં સહાય માટે કોઈ પણ ખર્ચ વગર 1-833-982-7368 પર કોલ કરો.
Hawaiian -	No ke kōkua ma ka ‘ōlelo Hawai‘i, e kahea aku i ka helu kelepona 1-833-982-7368. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.

Hindi -	हन्दी 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 asusụ na Igbo kpọọ 1-833-982-7368 na akwughị ụgwọ 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 -	၁၈၃၃၉၈၂၇၃၆၈ ၁၈၃၃၉၈၂၇၃၆၈
Korean -	한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 무료 통화번호인 1-833-982-7368 번으로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa -	Beé m'ké gbo-kpá-kpá dyé piidyí dé Bašoo-wuḍuún wééé, qá 1-833-982-7368
Kurdish -	برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره ۱-۸۳۳-۹۸۲-۷۳۶۸ به خوبی پیومندی بگم.
Laotian -	ຖ້າທ່ານຕົ້ນອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາລາວ, ດ້ວຍບໍ່ເສຍຄ້າໂທ. 1-833-982-7368
Marathi -	कोणत्याही शुल्कशिवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी, 1-833-982-7368 वर फोन करा.
Marshallese -	Nan 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 -	សម្បុរ័ជនូយកាសាធិ ភាសាខ្មែរ សម្បុរ័ជនូយកាសាធិ 1-833-982-7368 ដ៏លាយតតិតចិលោក។
Navajo -	T'áá shi shizaad k'ehjí bee shíká a'dooowol nínízingo Diné k'ehjí koji' t'áá jílk'e hólne' 1-833-982-7368
Nepali -	(नेपाली) मा निःशुल्क भाषा सहायता पाउनका लागि 1-833-982-7368 मा फोन गर्नुहोस्।
Nilotic-Dinka -	Tén kuɔony ë thok ë Thuɔnjän̊ col 1-833-982-7368 kecín aycöc.
Norwegian -	For språkkassistanse på norsk, ring 1-833-982-7368 kostnadsfritt.
Punjabi -	ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾਈ ਸਰਾਇਤਾ ਲਈ, 1-833-982-7368 'ਤੇ ਮੁਫਤ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Pennsylvania Dutch -	Fer Helfe in Deitsch, ruf: 1-833-982-7368 aa. Es Aaruf koschtet nix.
Persian -	برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره ۱-۸۳۳-۹۸۲-۷۳۶۸ 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 română sunați la numărul gratuit 1-833-982-7368

