



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=082600-040020-012261> 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</u> total? | Dentro de la <u>red</u> : individual \$3,500/familiar \$7,000. Fuera de la <u>red</u> : individual \$9,000/familiar \$18,000. | 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 medicamentos genéricos 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 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos? | No. | No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos. |
| ¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ? | Dentro de la <u>red</u> : individual \$6,600/familiar \$13,200. Fuera de la <u>red</u> : individual \$18,000/familiar \$36,000. | 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> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre y sanciones por no obtener la <u>autorización previa</u> para los servicios. | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> . |
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ? | Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite http://www.aetna.com/docfind 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> ? | No. | Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> . |



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

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|---|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si acude al consultorio o clínica del proveedor | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | \$25 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | Ninguna. |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | \$75 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | Ninguna. |
| | <u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u> | Sin cargo. | 50 % de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u> a la atención de niños sanos y las vacunas para niños. | Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el <u>plan</u> . |
| Si se realiza un examen | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | Laboratorio: sin cargo; radiografías: \$60 de <u>copago</u> /visita; no se aplica el <u>deducible</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | Ninguna. |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | \$300 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | Ninguna. |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en www.aetnapharmacy.com/advancedcontrolaetna | Medicamentos genéricos preferidos | <u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$10 (al por menor), \$20 (pedidos por correo). | 50 % de <u>coseguro</u> después de <u>copago</u> /medicamentos con receta médica: \$10 (al por menor). | Cubre un suministro de 30 días (al por menor) y un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo). Incluye medicamentos y dispositivos anticonceptivos disponibles en las farmacias. No se cobran los anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dentro de la <u>red</u> . Revise el <u>formulario</u> para ver los medicamentos con receta médica que requieren precertificación o terapia escalonada para tener cobertura. Su costo será superior por elegir medicamentos de marca en lugar de genéricos, salvo que se receten con la leyenda "Dispense as Written" (dispensar según lo indicado). La sanción por la diferencia de costos no se aplica al <u>límite de gastos de bolsillo</u> . |
| | Medicamentos de marca preferidos | <u>Copago</u> /medicamentos con receta médica: \$45 (al por menor), \$90 (pedidos por correo). | 50 % de <u>coseguro</u> después de <u>copago</u> /medicamentos con receta médica: \$45 (al por menor). | |
| | Medicamentos genéricos/de marca no preferidos | <u>Copago</u> /medicamentos con receta médica: \$70 (al por menor), \$140 (pedidos por correo); no se aplica el <u>deducible</u> a los medicamentos genéricos no preferidos. | 50 % de <u>coseguro</u> después de <u>copago</u> /medicamentos con receta médica: \$70 (al por menor). | |

| 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> | <u>Copago</u> /medicamentos con receta médica: 30 %. | Sin cobertura. | Todas las 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. |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | \$800 de <u>copago</u> /visita en el hospital; \$400 de <u>copago</u> /visita en un centro independiente, no se aplica el <u>deducible</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | Ninguna. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 0 % de <u>coseguro</u> en el hospital; sin cargo en un centro independiente. | 50 % de <u>coseguro</u> . | Ninguna. |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Atención en la Sala de Emergencias</u> | \$500 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> . | \$500 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> . | No hay cobertura para atención que no es de emergencia. La atención de emergencia fuera de la red se paga igual que dentro de la <u>red</u> . |
| | <u>Transporte médico de emergencia</u> | 20 % de <u>coseguro</u> . | 20 % de <u>coseguro</u> . | Traslados que no son de emergencia: sin cobertura, excepto si se autorizan previamente. La atención de emergencia fuera de la red se paga igual que dentro de la <u>red</u> . |
| | <u>Atención de urgencia</u> | \$50 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | No hay cobertura para atención que no es de urgencia. |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 20 % de <u>coseguro</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 20 % de <u>coseguro</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | Ninguna. |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Visitas al consultorio: \$75 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: 50 % de <u>coseguro</u> . | Ninguna. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 20 % de <u>coseguro</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo. | 50 % de <u>coseguro</u> . | El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía). Puede aplicarse una sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red. |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 20 % de <u>coseguro</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 20 % de <u>coseguro</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|--|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | <u>Atención médica en el hogar</u> | \$75 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | 60 visitas, pero no menos de \$1,000/año calendario. Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | \$75 de <u>copago</u> /visita. | 50 % de <u>coseguro</u> . | 30 visitas/año calendario para fisioterapia, terapias ocupacional y del habla combinadas. |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | Sin cargo. | 50 % de <u>coseguro</u> . | Ninguna. |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | 20 % de <u>coseguro</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | 60 días/año calendario. Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red. |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | 20 % de <u>coseguro</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | Limitado a 1 <u>equipo médico duradero</u> con el mismo objetivo o uno similar. Se excluyen las reparaciones por mal uso o abuso. |
| | <u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u> | 20 % de <u>coseguro</u> para pacientes hospitalizados; \$75 de <u>copago</u> /visita para pacientes ambulatorios, no se aplica el <u>deducible</u> . | 50 % de <u>coseguro</u> . | Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red. |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin cargo. | 50 % de <u>coseguro</u> . | 1 examen de rutina de la vista/24 meses. |
| | 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).

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica. • Cirugía plástica. • Atención dental (adultos y niños). • Anteojos (niños). | <ul style="list-style-type: none"> • Audífonos. • Atención a largo plazo. • Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermería particular. • Atención de rutina para los pies. • Programas para la pérdida de peso, excepto los <u>servicios preventivos</u> requeridos. |
|---|--|--|

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

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura: 10 visitas por año calendario para tratar una enfermedad, una lesión o un dolor crónico. • Cuidado quiropráctico: 20 visitas por año calendario. | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para la infertilidad: Limitado al diagnóstico y al tratamiento de la afección médica subyacente. | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de rutina para la vista (adultos): 1 examen de rutina de la vista cada 24 meses. |
|---|--|---|

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Departamento de Servicios Financieros de Florida, División de Servicios al Consumidor, 877-693-5236, 850-413-3089 (fuera del estado), *711 (TDD), <http://www.myfloridacfo.com/Division/Consumers/>.

- 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.
- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-888-982-3862.
- Para planes de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar www.cciio.cms.gov.
- Si está cubierto por un plan de la iglesia, tenga en cuenta que dichos planes no están cubiertos por las normas de continuidad de cobertura de la ley federal COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros del estado para conocer los posibles derechos de continuidad de la cobertura según la ley estatal.

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

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

- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), puede comunicarse con Aetna, directamente, al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica, o al número 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.
- El Departamento de Servicios Financieros de Florida, División de Servicios al Consumidor, al 877-693-5236 o al 850-413-3089 (fuera del estado), *711 (TDD), <http://www.myfloridacfo.com/Division/Consumers/>.
- 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.

¿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 **\$3,500**
- Copago de especialista **\$75**
- 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*)

| | |
|--------------------------------------|-----------------|
| Costo total del ejemplo | \$12,700 |
| En este ejemplo, Peg pagaría: | |
| <i>Costos compartidos</i> | |
| <u>Deducibles</u> | \$3,500 |
| <u>Copagos</u> | \$100 |
| <u>Coseguro</u> | \$1,300 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$4,960 |

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 **\$3,500**
- Copago de especialista **\$75**
- 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

Equipo médico duradero (*glucómetro*)

| | |
|--------------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$5,600 |
| En este ejemplo, Joe pagaría: | |
| <i>Costos compartidos</i> | |
| <u>Deducibles</u> | \$3,100 |
| <u>Copagos</u> | \$700 |
| <u>Coseguro</u> | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$3,820 |

Fractura simple de Mía

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

- El deducible general del plan **\$3,500**
- Copago de especialista **\$75**
- 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*)

| | |
|--------------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$2,800 |
| En este ejemplo, Mía pagaría: | |
| <i>Costos compartidos</i> | |
| <u>Deducibles</u> | \$1,300 |
| <u>Copagos</u> | \$700 |
| <u>Coseguro</u> | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mía pagaría es | \$2,000 |

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

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

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

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

Civil Rights Coordinator

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

1-800-648-7817, TTY: 711

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

También puede presentar una queja sobre derechos civiles en el portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ingresando en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. 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.

- Hawaiian - No ke kōkua ma ka ‘ōlelo Hawai‘i, e kahea aku i ka helu kelepona 1-888-982-3862. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
- Hindi - हन्दिी में भाषा सहायता के लएि, 1-888-982-3862 पर मुफ्त कॉल करें।
- Hmong - Yog xav tau kev pab txhais lus Hmoob hu dawb tau rau 1-888-982-3862.
- Ibo - Maka enyemaka asụsụ na Igbo kpọọ 1-888-982-3862 na akwughị ugwo ọ bụla
- Ilocano - Para iti tulong ti pagsasao iti pagsasao tawagan ti 1-888-982-3862 nga awan ti bayadanyo.
- Italian - Per ricevere assistenza linguistica in italiano, può chiamare gratuitamente 1-888-982-3862.
- Japanese - 日本語で援助をご希望の方は、1-888-982-3862 まで無料でお電話ください。
- Karen - လာတၢ်မၤစၢၤလာတၢ်ကတိၤတၢ်အိၣ်အဂီၢ် ကိၣ် နိး 1-888-982-3862 လာတၢ်အိၣ်ဒီးတၢ်လာတၢ်ဘၣ်လာတၢ်စုၤဘၣ်
- Korean - 한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 무료 통화번호인 1-888-982-3862 번으로 전화해 주십시오.
- Kru-Bassa - Ɖέm`ké gbo-kpá-kpá dyé pídyi dé Ɖáswó-wuḍuŋ́n wɛ́ɛ, dá 1-888-982-3862
- Kurdish - برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-888-982-3862 به خۆرای پهیوهندی بکەن.
- Laotian - ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາລາວ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-888-982-3862 ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໂທ.
- Marathi - कोणत्याही शुल्काशिविय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी, 1-888-982-3862 वर फोन करा.
- Marshallese - Ñan bōk jipañ ilo Kajin Majol, kallok 1-888-982-3862 ilo ejjelok wōnān.
- Micronesian - Pohnpeyan Ohng palien sawas en soun kawewe ni omw lokaia Ponape koahl 1-888-982-3862 ni sohte isais.
- Mon-Khmer, Cambodian - សម្រាប់ជំនួយភាសាជា ភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-888-982-3862 ដោយឥតគិតថ្លៃ។
- Navajo - T'áá shi shizaad k'ehjí bee shíká a'doowol nínizingo Diné k'ehjí koji' t'áá jíík'e hólne' 1-888-982-3862
- Nepali - (नेपाली) मा नःशुल्क भाषा सहायता पाउनका लागि 1-888-982-3862 मा फोन गर्नुहोस् ।
- Nilotic-Dinka - Tën kuwoṅy ë thok ë Thuoṅjäṅ cöl 1-888-982-3862 kec'in ayöc.
- Norwegian - For språkassistanse på norsk, ring 1-888-982-3862 kostnadsfritt.
- Panjabi - ਪੰਜਾਬੀ ਦੱਚਿ ਭਾਸ਼ਾਈ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, 1-888-982-3862 'ਤੇ ਮੁਫ਼ਤ ਕਾਲ ਕਰੋ।
- Pennsylvania Dutch - Fer Hilfe in Deutsch, ruf: 1-888-982-3862 aa. Es Aaruf koschtet nix.

