



El Resumen de beneficios y cobertura lo ayudará a elegir un plan de salud. En este documento se muestra de qué manera usted y el plan comparten el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo del plan (conocida como prima) le será entregada por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre la cobertura o solicitar una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1-855-292-6587. En el glosario podrá consultar las definiciones generales de los términos comunes como cantidad aprobada, saldo de facturación, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados. Consulte el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llame al 1-855-292-6587 y solicite una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la red: individuo \$1,250/familia \$2,500. Fuera de la red: individuo \$2,500/familia \$5,000.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> comience a pagar los servicios prestados por los <u>proveedores</u> . 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.
¿Hay algún servicio cubierto antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Los <u>medicamentos recetados</u> , más las <u>consultas médicas</u> y el <u>cuidado preventivo dentro de la red</u> están cubiertos antes de que alcance el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aún si no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que alcance el <u>deducible</u> . Para obtener una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos, visite https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la red: individuo \$4,750/familia \$9,500. Fuera de la red: individuo NINGUNO/familia NINGUNO.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos en un año. 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.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos del <u>saldo de facturación</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre y sanciones por no obtener la <u>autorización previa</u> para los servicios.	Si bien usted paga dichos gastos, estos no se tendrán en cuenta para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagaré menos si uso <u>proveedores de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> , visite www.aetna.com/docfind o llame al 1-855-292-6587.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> incluido en la <u>red del plan</u> . Pagará el monto máximo si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que el <u>proveedor</u> le facture la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan</u> (<u>saldo de facturación</u>). Tenga en cuenta que el <u>proveedor de la red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con el <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesito una <u>remisión</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Usted puede consultar a cualquier <u>especialista</u> y no necesita una <u>remisión</u> .



Todos los costos de **copagos** y **coseguro** que se muestran en este cuadro son los que se pagarán después de haber alcanzado el **deducible**, en caso de aplicarse un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores de la red (Pagará el monto mínimo).	Proveedores fuera de la red (Pagará el monto máximo).	
Si se atiende en la clínica o el consultorio del proveedor médico	Consulta de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad	\$40 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</u> .	35 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$40 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</u> .	35 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Usted quizás tenga que pagar servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte al <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego verifique qué pagará el <u>plan</u> .
Si tiene que hacerse un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	20 % de <u>coseguro</u> , laboratorios preferidos sin cargo	35 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	20 % de <u>coseguro</u> después de \$150 de <u>copago</u> /consulta para centro hospitalario; 20 % de <u>coseguro</u> para centros independientes; 5 % de <u>coseguro</u> después de \$150 de <u>copago</u> /consulta para Centro Médico Universitario y hospitales infantiles preferidos de El Paso	35 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita medicamentos para el tratamiento de una enfermedad o afección	Medicamentos genéricos	<u>Copago</u> /medicamentos recetados, no se aplica el <u>deducible</u> : \$15 (al por menor), \$30 (pedidos por correo).	35 % de <u>coseguro</u> después de <u>copago</u> /medicamentos recetados, no se aplica el <u>deducible</u> : \$15 (al por menor).	Cubre un suministro de 30 días (al por menor); un suministro de entre 31 y 90 días (pedido por correo). Incluye pastillas y dispositivos anticonceptivos disponibles en las farmacias. No se cobran los anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres aprobados por la

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores de la red (Pagará el monto mínimo).	Proveedores fuera de la red (Pagará el monto máximo).	
<p>Puede encontrar más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en www.aetnapharmacy.com/premierplus.</p> <p><u>Formulario</u> del plan Premier Plus</p>	Medicamentos de marca preferidos	<u>Copago</u> /medicamentos recetados, no se aplica el <u>deducible</u> : \$30 (al por menor), \$60 (pedidos por correo).	35 % de <u>coseguro</u> después de <u>copago</u> /medicamentos recetados, no se aplica el <u>deducible</u> : \$30 (al por menor).	<p>Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos <u>dentro de la red</u>. Revise el <u>formulario</u> para saber qué medicamentos recetados requieren precertificación o terapia escalonada para obtener cobertura. Sus costos serán más altos si elige medicamentos de marca en lugar de genéricos.</p> <p>Aetna Specialty CareRxSM: La primera receta se debe surtir en una farmacia al por menor participante o mediante Aetna Specialty Pharmacy[®]. Las demás recetas se deben surtir mediante Aetna Specialty Pharmacy[®].</p>
	Medicamentos de marca no preferidos	<u>Copago</u> /medicamentos recetados, no se aplica el <u>deducible</u> : \$45 (al por menor), \$90 (pedidos por correo).	35 % de <u>coseguro</u> después de <u>copago</u> /medicamentos recetados, no se aplica el <u>deducible</u> : \$45 (al por menor).	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Se aplica el costo que se indicó anteriormente para los medicamentos genéricos o de marca.	Sin cobertura	
Medicamentos y suplementos de cuidado preventivo	Medicamentos y suplementos de cuidado preventivo abastecidos en una farmacia con receta:	100 % por artículo No se aplica <u>copago</u> ni <u>deducible</u> .	Sin cobertura	<p>La cobertura está sujeta a las pautas de sexo, edad, afección médica, antecedentes familiares y frecuencia contenidas en las recomendaciones de la Comisión Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. Para obtener más detalles sobre las pautas y la lista actual de los medicamentos y suplementos de cuidado preventivo cubiertos, comuníquese con su médico o con Servicios a Miembros accediendo al sitio web de Aetna www.aetna.com o llamando al número que se encuentra al dorso de su tarjeta de identificación.</p>
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	20 % de <u>coseguro</u> después de \$150 de <u>copago</u> /consulta	35 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Tarifa del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u>	35 % de <u>coseguro</u>	Ninguna

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores de la red (Pagará el monto mínimo).	Proveedores fuera de la red (Pagará el monto máximo).	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Cuidados en la sala de emergencias</u>	20 % de <u>coseguro</u> después de \$250 de <u>copago/consulta</u>	20 % de <u>coseguro</u> después de \$250 de <u>copago/consulta</u>	50 % de <u>coseguro</u> después de \$250 de <u>copago/consulta</u> para cuidados que no son de emergencia fuera de la red
	<u>Traslado médico de emergencia</u>	20 % de <u>coseguro</u>	20 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Cuidado urgente</u>	\$40 de <u>copago/consulta</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	35 % de <u>coseguro</u>	No hay cobertura para cuidados que no son de urgencia.
Si lo admiten en un hospital	Arancel del hospital (p. ej., habitación)	20 % de <u>coseguro</u> después de \$200 de <u>copago/admisión</u> , excepto 5 % de <u>coseguro</u> después de \$200 de <u>copago/admisión</u> para Centro Médico Universitario y hospitales infantiles preferidos de El Paso	35 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> para el cuidado fuera de la red.
	Tarifa del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u>	35 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita servicios para tratar problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Servicios en el consultorio y otros servicios ambulatorios: \$40 de <u>copago/consulta</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	Servicios en el consultorio y otros servicios ambulatorios: 35 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	Servicios para pacientes internados	20 % de <u>coseguro</u> después de \$200 de <u>copago/admisión</u> , excepto 5 % de <u>coseguro</u> después de \$200 de <u>copago/admisión</u> para Centro Médico Universitario y hospitales infantiles preferidos de El Paso	35 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> para el cuidado fuera de la red.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores de la red (Pagará el monto mínimo).	Proveedores fuera de la red (Pagará el monto máximo).	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	35 % de <u>coseguro</u>	El <u>costo compartido</u> no se aplica a <u>servicios preventivos</u> . La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en el resumen (por ejemplo, ultrasonido). Se puede requerir <u>autorización previa</u> para el cuidado <u>fuera de la red</u> .
	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	20 % de <u>coseguro</u>	35 % de <u>coseguro</u>	
	Servicios en la instalación para el nacimiento/parto	20 % de <u>coseguro</u> después de \$200 de <u>copago/admisión</u> , excepto 5 % de <u>coseguro</u> después de \$200 de <u>copago/admisión</u> para Centro Médico Universitario y hospitales infantiles preferidos de El Paso	35 % de <u>coseguro</u>	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	20 % de <u>coseguro</u>	35 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> para el cuidado fuera de la red.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20 % de <u>coseguro</u>	35 % de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Servicios de recuperación de las habilidades</u>	20 % de <u>coseguro</u>	35 % de <u>coseguro</u>	Se limita al tratamiento del autismo.
	<u>Cuidado de enfermería especializado</u>	20 % de <u>coseguro</u>	35 % de <u>coseguro</u>	60 días/año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> para el cuidado fuera de la red.
	<u>Equipo médico duradero</u>	20 % de <u>coseguro</u>	35 % de <u>coseguro</u>	Se limita a 1 <u>equipo médico duradero</u> para el mismo propósito o un propósito similar. No se incluyen las reparaciones por el uso indebido o abusivo.
	<u>Cuidado de hospicio</u>	20 % de <u>coseguro</u>	35 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> para el cuidado fuera de la red.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
	Consulta dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre. (Consulte los documentos del plan o la póliza para obtener información sobre otros servicios excluidos).

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

Otros servicios cubiertos. (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan).

- Cuidado quiropráctico: 28 consultas/año calendario.
- Tratamiento para la infertilidad: Se limita al diagnóstico y tratamiento de la afección médica subyacente.
- Cuidado de enfermería particular.

Su derecho a continuar con la cobertura:

Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con la cobertura una vez que haya terminado. La información de contacto de dichas agencias se incluye a continuación:

- Para obtener más información sobre su derecho a continuar con la cobertura, llame al plan al 1-855-292-6587.
- Si la cobertura de salud grupal está sujeta a la Employee Retirement Income Security Act (Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados), también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- Para obtener información sobre los planes de salud grupales gubernamentales no federales, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visite www.cciio.cms.gov.
- Si está cubierto por un plan de la iglesia, dichos planes no están cubiertos por las normas de continuidad de cobertura de la ley federal COBRA. Si la cobertura está asegurada, los individuos deben comunicarse con el regulador estatal de seguros para conocer los posibles derechos de continuidad de cobertura conforme a la ley estatal.

Es posible que existan otras opciones de cobertura que incluyan la compra de 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:

Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene alguna queja con su plan por la denegación de un reclamo. Esto se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para el reclamo médico. Los documentos del plan también brindan información completa sobre cómo presentar la apelación de un reclamo o una queja por cualquier razón relacionada con su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso, si necesita ayuda, comuníquese con:

- Aetna directamente llamando al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación médica o a nuestro número de teléfono gratuito general al 1-855-292-6587.

- Si la cobertura de salud grupal está sujeta a la Employee Retirement Income Security Act (Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados), también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- Para obtener información sobre los planes de salud grupales gubernamentales no federales, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visite www.cciio.cms.gov.
- Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Puede encontrar la información de contacto en: <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

¿Brinda este plan una cobertura mínima esencial? Sí.

Si no cuenta con una **cobertura mínima esencial** por un mes, deberá realizar un pago cuando presente la declaración de impuestos a menos que reúna los requisitos para ser eximido del requisito de tener cobertura de salud por dicho mes.

¿Cumple este plan con el estándar de valor mínimo? Sí.

Si el **plan** no alcanza los **estándares de valor mínimo**, puede ser elegible para recibir un **crédito fiscal para las primas** que lo ayudará a pagar un **plan** a través del **Mercado**.

-----*Para ver ejemplos sobre cómo este plan paga los servicios en una situación médica específica, consulte la sección siguiente.*-----

Sobre los ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos de cómo el **plan** cubriría los servicios. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio de los **proveedores** y de otros factores. Concéntrese en los montos de **costo compartido (deducibles, copagos y coseguro)** y en los **servicios excluidos del plan**. Use esta información para comparar la parte de los costos que debería pagar según los distintos **planes** médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en la cobertura individual.

Nacimiento del bebé de Peg

(9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- **Deducible general del plan** \$1,250
- **Copago de especialista** \$40
- **Copago del centro hospitalario** 20 %
- **Otro copago** 20 %

Esta situación de EJEMPLO incluye los servicios que se detallan a continuación:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento/parto
 Servicios en la instalación para el nacimiento/parto
 Exámenes de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,800
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido

Deducibles	\$1,250
Copagos	\$100
Coseguro	\$2,100

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

Peg pagaría un total de	\$3,510
--------------------------------	----------------

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(1 año de cuidado de rutina dentro de la red para la enfermedad bien controlada)

- **Deducible general del plan** \$1,250
- **Copago de especialista** \$40
- **Copago del centro hospitalario** 20 %
- **Otro copago** 20 %

Esta situación de EJEMPLO incluye los servicios que se detallan a continuación:

Visitas al consultorio del médico de cuidado primario (*educación sobre enfermedades incluida*)
 Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo	\$7,400
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido

Deducibles	\$0
Copagos	\$1,600
Coseguro	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$20
-----------------------	------

Joe pagaría un total de	\$1,620
--------------------------------	----------------

Fractura simple de Mia

(consulta en la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- **Deducible general del plan** \$1,250
- **Copago de especialista** \$40
- **Copago del centro hospitalario** 20 %
- **Otro copago** 20 %

Esta situación de EJEMPLO incluye los servicios que se detallan a continuación:

Cuidados en la sala de emergencias (*insumos médicos incluidos*)
 Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total del ejemplo	\$1,900
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido

Deducibles	\$1,250
Copagos	\$80
Coseguro	\$60

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

Mia pagaría un total de	\$1,390
--------------------------------	----------------

Nota: Estas cifras presuponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del **plan**. Si participa en el programa de bienestar del **plan**, es posible que se reduzcan los costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, llame al 1-855-292-6587.

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 1-855-292-6587.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver los documentos en un teléfono inteligente o una tableta, se requiere la aplicación gratuita WinZip. Puede estar disponible en App Store.

No discriminación

Aetna cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina, excluye o trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Aetna brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas discapacitadas y a quienes necesitan asistencia lingüística.

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

Si considera que no le hemos brindado estos servicios o que lo hemos discriminado por algún motivo mencionado anteriormente, también puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles:

Civil Rights Coordinator,

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

1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379 (clientes HMO de California: 1-860-262-7705).

Correo electrónico: CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. ingresando en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede hacerlo por correo postal 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 afiliadas (Aetna).

TTY: 711

Asistencia lingüística:

Si necesita asistencia lingüística en su idioma, llame sin costo al 1-855-292-6587.

- Albanian - Për asistencë në gjuhën shqipe telefononi falas në 1-855-292-6587.
- Amharic - በገንዘብ ለሌሎች ለማግኘት ወይንም ለማረጋገጥ 1-855-292-6587 ስለሚሰጠው ገንዘብ ይጠይቁ።
- Arabic - للمساعدة في (اللغة العربية)، الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-855-292-6587
- Armenian - Լեզվի ցուցաբերած աջակցության (հայերեն) զանգի 1-855-292-6587 առանց գնով:
- Bahasa Indonesia - Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-855-292-6587 tanpa dikenakan biaya.
- Bantu-Kirundi - Niba urondera uwugufasha mu Kirundi, twakure kuri iyi numero 1-855-292-6587 ku busa
- Bengali-Bangala - 1-855-292-6587-এক কল করে।
- Bisayan-Visayan - Alang sa pag-abag sa pinulongan sa (Binisayang Sinugboanon) tawag sa 1-855-292-6587 nga walay bayad.
- Burmese - ၆၅၈၇၆၅၄၃၂၁၀ (၆၅၈၇၆၅၄၃၂၁၀)ဖြင့် ဘာသာစကားအကူအညီရယူရန် 1-855-292-6587 ကို ခေါ်ဆိုပါ။
- Catalan - Per rebre assistència en (català), truqui al número gratuït 1-855-292-6587.
- Chamorro - Para ayuda gi fino' (Chamoru), ágang 1-855-292-6587 sin gástu.
- Cherokee - ႠႡႣႤ ႥႦႧႨႩႪ ႫႬႭႮႯႰ ႱႲႳႴႵႶ ႷႸႹ (ႺႻႼ) ႽႾႿႠႡႢ 1-855-292-6587 ႣႤႥ ႧႨႩႪ ႫႬႭႮႯႰ ႱႲႳႴႵႶ ႷႸႹ.
- Chinese - 欲取得繁體中文語言協助，請撥打1-855-292-6587，無需付費。
- Choctaw - (Chahta) anumpa ya apela a chi l paya hinla 1-855-292-6587.
- Cushite - Gargaarsa afaan Oromiffa hiikuu argachuuf lakkokkofsa bilbilaa 1-855-292-6587 irratti bilisaan bilbilaa.
- Dutch - Bel voor tolk- en vertaaldiensten in het Nederlands gratis naar 1-855-292-6587.
- French - Pour une assistance linguistique en français appeler le 1-855-292-6587 sans frais.
- French Creole - Pou jwenn asistans nan lang Kreyòl Ayisyen, rele nimewo 1-855-292-6587 gratis.
- German - Benötigen Sie Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache? Rufen Sie uns kostenlos unter der Nummer 1-855-292-6587 an.
- Greek - Για γλωσσική βοήθεια στα Ελληνικά καλέστε το 1-855-292-6587 χωρίς χρέωση.
- Gujarati - 1-855-292-6587 પર વાતચીત કરવા માટે કૃપા કરીને કૉલ કરો.

