



El documento “Resumen de beneficios y cobertura” (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirán el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de las condiciones de cobertura completas, visite el sitio web <https://www.mybenefits.myflorida.com/myhealth/resources>, www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1-877-858-6507. Consulte el Glosario para ver definiciones generales de términos comunes, tales como monto permitido, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados. Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-877-858-6507 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la <u>red</u> : Individual, \$1,650 / Familiar, \$3,300.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en la póliza, se debe alcanzar el <u>deducible</u> familiar general antes de que el <u>plan</u> comience a pagar.
¿Existen servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> está cubierta antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre determinados <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe alcanzar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de lo que paga de su bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : Individual \$3,000/familiar \$6,000.	El <u>límite de lo que paga de su bolsillo</u> es el monto máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , se debe alcanzar el <u>límite de lo que paga de su bolsillo</u> por la familia completa.
¿Qué no está incluido en el <u>límite de lo que paga de su bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldos</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Incluso si paga estos gastos, no se tienen en cuenta para el <u>límite de lo que paga de su bolsillo</u> .
¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor de la red</u> ?	Sí. Consulte www.aetna.com/docfind o llame al 1-877-858-6507 para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Usted pagará menos si utiliza un <u>proveedor</u> de la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si utiliza un <u>proveedor fuera de la red</u> y puede recibir una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación de saldos</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor de la red</u> puede utilizar 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>remisión</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede realizar una consulta con el <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>remisión</u> .



Todos los costos de **copagos** y **coseguros** que se muestran en este cuadro se aplican luego de que se haya alcanzado su **deducible**, si se aplica un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
Si realiza una consulta en una clínica o un consultorio de un <u>proveedor de atención médica</u>	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Se pueden aplicar cargos adicionales por recibir <u>servicios no preventivos</u> en el consultorio del médico.
Si realiza una consulta en una clínica o un consultorio de un <u>proveedor de atención médica</u>	Consulta con un <u>especialista</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Se pueden aplicar cargos adicionales por recibir <u>servicios no preventivos</u> en el consultorio del médico.
Si realiza una consulta en una clínica o un consultorio de un <u>proveedor de atención médica</u>	<u>Atención preventiva/exámenes de detección/inmunizaciones</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios necesarios son preventivos. Luego, consulte lo que su <u>plan</u> pagará.
Si se realiza alguna prueba	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Es posible que se apliquen cargos por consultas en el consultorio si los servicios se realizan en el consultorio de un médico. Los cargos por algunos otros laboratorios y laboratorios especializados serán más altos.
Si se realiza alguna prueba	Diagnóstico por imágenes (CT, PET, MRI)	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Es posible que se apliquen cargos por consultas en el consultorio si los servicios se realizan en el consultorio de un médico. Los cargos por algunos otros laboratorios y laboratorios especializados serán más altos. Se requiere certificación previa para tomografías computarizadas (CT)/por emisión de positrones (PET)/resonancias magnéticas (MRI).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</p> <p>Puede obtener más información sobre la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> en https://welcome.optumrx.com/sofdms/prescription-drug-list.</p>	Medicamentos genéricos	<u>Coseguro</u> del 30%	Sin cobertura	<p>La <u>cobertura de medicamentos con receta</u> se proporciona a través de Optum Rx. Para acceder a una lista de farmacias participantes, visite welcome.optumrx.com/sofdms/landing o llame al 1-800-547-9767.</p> <p>Medicamentos genéricos y de marca: cobertura de un suministro para hasta 90 días en farmacias minoristas y un suministro para entre 60 y 90 días a través de pedido por correo. Hay ciertos medicamentos en todos los niveles que requieren autorización previa. Pueden aplicarse cargos adicionales de la marca.</p> <p>Los medicamentos especializados y de costo compartido están disponibles únicamente en suministros para 30 días; no están disponibles a través de pedido por correo.</p>

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</p> <p>Puede obtener más información sobre la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> en https://welcome.optumrx.com/sofdms/prescription-drug-list.</p>	Medicamentos de marca preferidos	<u>Coseguro</u> del 30%	Sin cobertura	Se cubre el suministro para 30 días (minorista), suministro para 31-90 días (pedido por correo). Sin cargo para anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dentro de la <u>red</u> .
<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</p> <p>Puede obtener más información sobre la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> en https://welcome.optumrx.com/sofdms/prescription-drug-list.</p>	Medicamentos de marca no preferidos	<u>Coseguro</u> del 30%	Sin cobertura	Se cubre el suministro para 30 días (minorista), suministro para 31-90 días (pedido por correo). Sin cargo para anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres aprobados por la FDA dentro de la <u>red</u> .

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</p> <p>Puede obtener más información sobre la cobertura para medicamentos con receta en https://welcome.optumrx.com/sofdms/prescription-drug-list.</p>	<u>Medicamentos especializados</u>	<u>Coseguro del 30%</u>	Sin cobertura	Todas las recetas deben obtenerse a través de una <u>red</u> de farmacias especializadas.
Si se realiza una cirugía para pacientes externos	Tarifa del centro (por ejemplo, un centro quirúrgico ambulatorio)	<u>Coseguro del 20%</u>	Sin cobertura	Es posible que también se apliquen cargos por consultas en el consultorio si los servicios se realizan en el consultorio de un médico. Se requiere autorización previa.
Si se realiza una cirugía para pacientes externos	Tarifas de los médicos/cirujanos	<u>Coseguro del 20%</u>	Sin cobertura	Es posible que también se apliquen cargos por consultas en el consultorio si los servicios se realizan en el consultorio de un médico. Se requiere autorización previa.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	<u>Coseguro del 20%</u>	<u>Coseguro del 20%</u>	Los usos de emergencia fuera de la <u>red</u> se pagan de la misma manera que los que están dentro de la <u>red</u> .
Si necesita atención médica inmediata	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Coseguro del 20%</u>	<u>Coseguro del 20%</u>	Los usos de emergencia fuera de la <u>red</u> se pagan de la misma manera que los que están dentro de la <u>red</u> . Sin cobertura para transportes que no sean de emergencia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención de urgencia	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Sin cobertura para los usos que no sean de urgencia.
Si es hospitalizado	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación de hospital)	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
Si es hospitalizado	Tarifas de los médicos/cirujanos	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, de salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes externos	Consultorio y otros servicios para pacientes externos: Coseguro del 20%	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, de salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes internados	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	No se aplican <u>costos compartidos</u> para los <u>servicios preventivos</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otra parte dentro del SBC (p. ej., ecografía).
Si está embarazada	Servicios profesionales para nacimientos/partos	Coseguro del 20%	Sin cobertura	No se aplican <u>costos compartidos</u> para los <u>servicios preventivos</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otra parte dentro del SBC (p. ej., ecografía).
Si está embarazada	Servicios en un centro para nacimientos/partos	Coseguro del 20%	Sin cobertura	No se aplican <u>costos compartidos</u> para los <u>servicios preventivos</u> . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otra parte dentro del SBC (p. ej., ecografía).

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Atención médica a domicilio</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Ninguno
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Servicios de rehabilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Limitado a tratamiento para 60 consultas/afección por año calendario para fisioterapia, terapia del habla y atención quiropráctica combinadas y para 60 consultas/afección por año calendario para terapia ocupacional, incluidos servicios hospitalarios para pacientes externos.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Servicios de habilitación</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	La terapia ocupacional de habilitación se limita a la <u>atención médica a domicilio</u> , la atención en un hospicio y el tratamiento del trastorno del espectro autista y del síndrome de Down.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Atención de enfermería especializada</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Limitado a 60 días después de recibir atención de <u>hospitalización</u> por año calendario. Se requiere autorización previa.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Equipo médico duradero</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Limitado a 1 <u>equipo médico duradero</u> para un propósito igual/similar. Excluye reparaciones por mal uso/abuso.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	<u>Servicios de hospicio</u>	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	Limitado a 210 días de por vida.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	<u>Coseguro</u> del 20%	Sin cobertura	1 examen de la vista de rutina/año calendario.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre. (Consulte su póliza o el documento de su plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos y niños)
- Anteojos (niños)
- Audífonos
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Cuidado de rutina de los pies.
- Programas para la pérdida de peso.

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

- Cirugía bariátrica.
- Atención quiropráctica: 60 consultas/afección por año calendario combinadas con fisioterapia y terapia del habla.
- Tratamiento de infertilidad: limitado al diagnóstico y tratamiento de la afección médica subyacente.
- Atención de enfermería privada.
- Atención de la vista de rutina (adultos): 1 examen de la vista de rutina/año calendario.

Sus derechos de continuar la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si quiere continuar su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es la siguiente:

- Para obtener más información sobre sus derechos de continuar la cobertura, comuníquese con el plan al 1-877-858-6507.

- Si su cobertura de salud grupal está sujeta a la Ley de Garantía de los Ingresos Jubilatorios del Empleado (ERISA), también puede



comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o a través del sitio web <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.

- En el caso de planes de salud grupales gubernamentales no federales, también puede ponerse en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Sociales, el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 x61565 o puede ingresar en www.cciio.cms.gov.
- Si su cobertura es un plan de una iglesia, estos planes no están cubiertos por las normas de continuidad de la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) federal. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros de su estado con respecto a sus posibles derechos de continuar la cobertura de acuerdo con la ley estatal.

Puede haber otras opciones de cobertura disponibles, incluida la compra de la cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de queja y apelación: Hay agencias que pueden ayudar si tiene un reclamo en contra de su plan por una denegación de una reclamación. Este reclamo se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, apelación o queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o para obtener asistencia, haga lo siguiente:

- Si su cobertura de salud grupal está sujeta a la ERISA, puede comunicarse con Aetna directamente llamando al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica o a nuestro número general al 1-877-858-6507. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o a través del sitio web <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- En el caso de planes de salud grupales gubernamentales no federales, también puede ponerse en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Sociales, el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 x61565 o puede ingresar en www.cciio.cms.gov.
- Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. La información de contacto se encuentra 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 generalmente incluye planes y seguros de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP), TRICARE y otras coberturas específicas. Si es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, puede que no sea elegible para el crédito tributario para primas.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimos? No.

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimos, puede ser elegible para un crédito tributario para 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 de muestra, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un calculador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los montos que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguros) y servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte del costo que podría pagar con diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva del titular.

Peg tendrá un bebé

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

- El deducible general del plan \$1,650
- Coseguro del especialista 20%
- Coseguro del hospital (centro) 20%
- Otro coseguro 20%

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

- Consultas con un especialista en el consultorio (*atención prenatal*)
- Servicios profesionales para nacimientos/partos
- Servicios en un centro para nacimientos/partos
- Pruebas 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>	
Deducibles	\$1,650
Coseguro	\$2,210
Total del deducible y el coseguro	\$3,860
Peg pagaría en total (El monto máximo del plan individual que paga de su bolsillo es \$3,000)	\$3,000

Control de la diabetes de tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

- El deducible general del plan \$1,650
- Coseguro del especialista 20%
- Coseguro del hospital (centro) 20%
- Otro coseguro 20%

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

- Consultas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluidos los servicios educativos sobre la enfermedad*)
- Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
- Medicamentos con receta
- Suministros para diabéticos (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo:	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducible (deducible alcanzado)	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$1,120
Joe pagaría en total	\$1,120

Fractura simple de Mia

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

- El deducible general del plan \$1,650
- Coseguro del especialista 20%
- Coseguro del hospital (centro) 20%
- Otro coseguro 20%

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:

- Atención en la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)
- Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)
- Equipo médico duradero (*muletas*)
- Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo:	\$5,200
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$1,650
Copagos	\$0
Coseguro	\$710
Mia pagaría en total	\$2,360



El plan sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

Tecnología de asistencia

Es posible que las personas que utilizan tecnología de asistencia no tengan acceso total a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 1-877-858-6507.

Teléfono inteligente o tableta

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

No discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente ilegalmente a las personas por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, identidad de género ni orientación sexual.

Brindamos ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades y a las que necesiten asistencia lingüística.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, servicios de traducción u otros servicios, comuníquese con el número que figura en su identificación.

Si usted considera que nosotros no le proporcionamos estos servicios o lo discriminamos en función de alguna de las clases protegidas mencionadas anteriormente, puede presentar una queja ante el coordinador de Derechos Civiles a través de las siguientes vías:

Civil Rights Coordinator,

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

1-800-648-7817, TTY: 711,

Por fax: 859-425-3379 (clientes de HMO de CA: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles en el Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU., que se encuentra disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, en la siguiente dirección: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios ofrecidos por una o más de las compañías del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company y sus filiales (Aetna).

- Hawaiian - No ka wala‘au ‘ana me ka lawelawe ‘ōlelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-877-858-6507. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
- Hindi - आपकेलिए बिना ककसी कीमत केभाषा सेवाओंका उपयोग करनेकेलिए,1-877-858-6507 पर कॉल करें।
- Hmong - Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-877-858-6507.
- Igbo - Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-877-858-6507
- Ilocano - Tapno maaksesyo dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-877-858-6507.
- Indonesian - Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-877-858-6507.
- Italian - Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-877-858-6507.
- Japanese - 言語サービスを無料でご利用いただくには、1-877-858-6507 までお電話ください。
- Karen - လာတၢ်ကမၤန့ၢ်ကိၣ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပူၤလၢကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-877-858-6507 တက့ၢ်.
- Korean - 무료 언어 서비스를 이용하려면 1-877-858-6507 번으로 전화해 주십시오.
- Kru-Bassa - M̈ dyi wuḍu-dù kà kò dò bě dyi m̈oú n̈ ní Pídyi ní, níí, d̈á n̈òbà n̈ià ke: 1-877-858-6507
- Kurdish - 1-877-858-6507 بۆ دەسپێرێ گەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بۆ تۆ، پەڕیوەندی بکە بە ژمارە 1-877-858-6507
- Laotian - ຕຳແໜ່ງໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໃບຫາເບີ1-888-982-3862
- Marathi - कोणत्याही शक्ुकालशवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी,, 1-877-858-6507 वर फोन करा.
- Marshallese - Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirlok 1-877-858-6507.
- Micronesian- Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-877-858-6507.
- Pohnpeyan -
- Mon-Khmer, Cambodian - ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-888- 982-3862។
- Navajo - T’áá ni nizaad k’ehjí bee níká a’doowoł doo báqáh ílínígóó koji’ hólne’ 1-877-858-6507.
- Nepali - निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-877-858-6507 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
- Nilotic-Dinka - Të koor yin wëër de thokic ke cïn wëu kør keek tənɔŋ yïn. Ke cɔl kɔc ye kɔc kuɔny ne nomba 1-877-858-6507.
- Norwegian - For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-877-858-6507.
- Pennsylvania Dutch - Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-877-858-6507.
- Persian - برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-877-858-6507 تماس بگیرید .
- Polish - Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-877-858-6507.
- Portuguese - Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-877-858-6507.
- Punjabi - ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, 1-877-858-6507 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।

