



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=597091-533921-724002> 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?	\$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	No.	Debe alcanzar el <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> pague cualquier servicio.
¿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> para proveedores designados: individual \$4,500/familiar \$9,000.	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> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	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</u> designados de la <u>red</u> , visite 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> ?	Sí.	Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista</u> por servicios cubiertos, pero solo si tiene una <u>derivación</u> antes de ver al <u>especialista</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 designado 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	\$30 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$60 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	Ninguna.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo.	Sin cobertura.	Es posible que deba pagar los servicios que no son <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, verifique qué pagará el <u>plan</u> .
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	\$40 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	30 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	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/advancedcontractlaetnaca	Medicamentos genéricos	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica: \$10 para un suministro de 30 días, \$20 para un suministro de 60 días, \$30 para un suministro de 90 días (al por menor); \$20 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo).	Sin cobertura.	Cubre un suministro de 30 días (al por menor) y un suministro de 31 a 90 días (al por menor y pedidos por correo). Incluye medicamentos y dispositivos anticonceptivos disponibles en las farmacias y medicamentos orales e inyectables para la fertilidad. 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. <u>Copago</u> /medicamentos con receta médica para insulina (preferidos): \$25 para cada suministro de 30 días. 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).
	Medicamentos de marca preferidos	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica: \$30 para un suministro de 30 días, \$60 para un suministro de 60 días, \$90 para un suministro de 90 días (al por menor); \$60 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo).	Sin cobertura.	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor designado dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Medicamentos de marca no preferidos	Copago/medicamentos con receta médica: \$50 para un suministro de 30 días, \$100 para un suministro de 60 días, \$150 para un suministro de 90 días (al por menor); \$100 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo).	Sin cobertura.	
	Medicamentos de especialidad	30 % de <u>coseguro</u> .	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)	30 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	30 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$150 de <u>copago</u> /visita.	\$150 de <u>copago</u> /visita.	La atención de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga igual que dentro de la <u>red</u> . No hay cobertura para atención que no es de emergencia.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$150 de <u>copago</u> /viaje.	\$150 de <u>copago</u> /viaje.	La atención de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga igual que dentro de la <u>red</u> . Traslados que no son de emergencia: sin cobertura, excepto si se autorizan previamente.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$50 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	No hay cobertura para atención que no es de urgencia.
Si lo admiten al hospital	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	30 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	30 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio: \$60 de <u>copago</u> /visita; otros servicios para pacientes ambulatorios: sin cargo.	Sin cobertura.	Otros servicios para pacientes ambulatorios: <u>hospitalización</u> parcial, programas intensivos, tratamiento de salud conductual para trastorno generalizado del desarrollo/autismo, <u>atención médica en el hogar</u> , terapia electroconvulsiva, tratamiento diurno, tratamiento médico para síntomas de abstinencia y monitoreo ambulatorio de tratamientos inyectables.
	Servicios para pacientes hospitalizados	30 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor designado dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	Sin cobertura.	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).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	\$30 de <u>copago</u> /embarazo.	Sin cobertura.	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	30 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	\$60 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	120 visitas/año calendario.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$60 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	Ninguna.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	30 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	100 días/año calendario.
	<u>Equipo médico duradero</u>	\$30 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	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>	30 % de <u>coseguro</u> para pacientes hospitalizados; \$60 de <u>copago</u> /visita para pacientes ambulatorios.	Sin cobertura.	Ninguna.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo.	Sin cobertura.	1 examen de rutina de la vista cada 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).

- Cirugía cosmética.
- Atención dental (adultos y niños).
- Anteojos (niños).
- Audífonos.
- Atención a largo plazo.
- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Enfermería particular.
- Atención de rutina para 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 del plan).

- Acupuntura: 20 visitas por año calendario para tratar una enfermedad, una lesión o un dolor crónico.
- Cirugía bariátrica.
- Cuidado quiropráctico: 20 visitas por año calendario.
- Tratamiento para la infertilidad: Para obtener más información y conocer las excepciones, consulte el documento de la póliza provisto en el enlace del cuadro con el resumen en la página 1 o llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
- 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: Oficina de Asistencia al Consumidor del Departamento de Seguros de California, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013, 1-800-927-HELP (4357), 1-800-482-4833 (TTY), <http://www.insurance.ca.gov>.

- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-888-982-3862.
- 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 (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 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 <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- La Oficina de Asistencia al Consumidor del Departamento de Seguros de California, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013, al 1-800-927-HELP (4357) o al 1-800-482-4833 (TTY), <http://www.insurance.ca.gov>.
- 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.
- Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con la Oficina de Asistencia al Consumidor del Departamento de Seguros de California, 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013, 1-800-927-HELP (4357), 1-800-482-4833 (TTY), www.insurance.ca.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 <u>deducible</u> general del <u>plan</u> ■ <u>Copago</u> de <u>especialista</u> ■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento) ■ Otro <u>coseguro</u> \$0 \$60 30 % 30 % Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Visitas al consultorio del <u>especialista</u> (<i>atención prenatal</i>) Servicios profesionales para el nacimiento y el parto Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto <u>Exámenes de diagnóstico</u> (<i>ecografías y análisis de sangre</i>) Consulta con un <u>especialista</u> (<i>anestesia</i>) <table><tr><td>Costo total del ejemplo</td><td>\$12,700</td></tr><tr><td colspan="2">En este ejemplo, Peg pagaría:</td></tr><tr><td colspan="2"><u>Costos compartidos</u></td></tr><tr><td><u>Deducibles</u></td><td>\$0</td></tr><tr><td><u>Copagos</u></td><td>\$300</td></tr><tr><td><u>Coseguro</u></td><td>\$2,500</td></tr><tr><td colspan="2"><u>Lo que no está cubierto</u></td></tr><tr><td>Límites o exclusiones</td><td>\$60</td></tr><tr><td>El total que Peg pagaría es</td><td>\$2,860</td></tr></table>	Costo total del ejemplo	\$12,700	En este ejemplo, Peg pagaría:		<u>Costos compartidos</u>		<u>Deducibles</u>	\$0	<u>Copagos</u>	\$300	<u>Coseguro</u>	\$2,500	<u>Lo que no está cubierto</u>		Límites o exclusiones	\$60	El total que Peg pagaría es	\$2,860	Control de la diabetes tipo 2 de Joe (un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada) ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u> ■ <u>Copago</u> de <u>especialista</u> ■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento) ■ Otro <u>coseguro</u> \$0 \$60 30 % 30 % Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: Visitas en el consultorio del <u>proveedor de atención primaria</u> (<i>incluye la educación sobre enfermedades</i>) <u>Exámenes de diagnóstico</u> (<i>análisis de sangre</i>) <u>Medicamentos con receta médica</u> <u>Suministros para diabéticos</u> (<i>glucómetro</i>) <table><tr><td>Costo total del ejemplo</td><td>\$5,600</td></tr><tr><td colspan="2">En este ejemplo, Joe pagaría:</td></tr><tr><td colspan="2"><u>Costos compartidos</u></td></tr><tr><td><u>Deducibles</u></td><td>\$0</td></tr><tr><td><u>Copagos</u></td><td>\$1,100</td></tr><tr><td><u>Coseguro</u></td><td>\$0</td></tr><tr><td colspan="2"><u>Lo que no está cubierto</u></td></tr><tr><td>Límites o exclusiones</td><td>\$20</td></tr><tr><td>El total que Joe pagaría es</td><td>\$1,120</td></tr></table>	Costo total del ejemplo	\$5,600	En este ejemplo, Joe pagaría:		<u>Costos compartidos</u>		<u>Deducibles</u>	\$0	<u>Copagos</u>	\$1,100	<u>Coseguro</u>	\$0	<u>Lo que no está cubierto</u>		Límites o exclusiones	\$20	El total que Joe pagaría es	\$1,120	Fractura simple de Mia (visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento) ■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u> ■ <u>Copago</u> de <u>especialista</u> ■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento) ■ Otro <u>coseguro</u> \$0 \$60 30 % 30 % Este EJEMPLO de evento incluye servicios como: <u>Atención en la Sala de Emergencias</u> (<i>incluye suministros médicos</i>) <u>Exámenes de diagnóstico</u> (<i>radiografías</i>) <u>Equipo médico duradero</u> (<i>muletas</i>) <u>Servicios de rehabilitación</u> (<i>fisioterapia</i>) <table><tr><td>Costo total del ejemplo</td><td>\$2,800</td></tr><tr><td colspan="2">En este ejemplo, Mia pagaría:</td></tr><tr><td colspan="2"><u>Costos compartidos</u></td></tr><tr><td><u>Deducibles</u></td><td>\$0</td></tr><tr><td><u>Copagos</u></td><td>\$600</td></tr><tr><td><u>Coseguro</u></td><td>\$0</td></tr><tr><td colspan="2"><u>Lo que no está cubierto</u></td></tr><tr><td>Límites o exclusiones</td><td>\$0</td></tr><tr><td>El total que Mia pagaría es</td><td>\$600</td></tr></table>	Costo total del ejemplo	\$2,800	En este ejemplo, Mia pagaría:		<u>Costos compartidos</u>		<u>Deducibles</u>	\$0	<u>Copagos</u>	\$600	<u>Coseguro</u>	\$0	<u>Lo que no está cubierto</u>		Límites o exclusiones	\$0	El total que Mia pagaría es	\$600
Costo total del ejemplo	\$12,700																																																							
En este ejemplo, Peg pagaría:																																																								
<u>Costos compartidos</u>																																																								
<u>Deducibles</u>	\$0																																																							
<u>Copagos</u>	\$300																																																							
<u>Coseguro</u>	\$2,500																																																							
<u>Lo que no está cubierto</u>																																																								
Límites o exclusiones	\$60																																																							
El total que Peg pagaría es	\$2,860																																																							
Costo total del ejemplo	\$5,600																																																							
En este ejemplo, Joe pagaría:																																																								
<u>Costos compartidos</u>																																																								
<u>Deducibles</u>	\$0																																																							
<u>Copagos</u>	\$1,100																																																							
<u>Coseguro</u>	\$0																																																							
<u>Lo que no está cubierto</u>																																																								
Límites o exclusiones	\$20																																																							
El total que Joe pagaría es	\$1,120																																																							
Costo total del ejemplo	\$2,800																																																							
En este ejemplo, Mia pagaría:																																																								
<u>Costos compartidos</u>																																																								
<u>Deducibles</u>	\$0																																																							
<u>Copagos</u>	\$600																																																							
<u>Coseguro</u>	\$0																																																							
<u>Lo que no está cubierto</u>																																																								
Límites o exclusiones	\$0																																																							
El total que Mia pagaría es	\$600																																																							

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Tecnología de asistencia

Es posible que las personas que utilizan tecnología de asistencia no puedan acceder por completo a la siguiente información. Para obtener ayuda, llame al 1-888-982-3862.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver los documentos desde un teléfono inteligente o una tableta, se necesita la aplicación gratuita WinZip. Puede estar disponible en su tienda de aplicaciones.

La discriminación es ilegal.

Aetna cumple con las leyes de derechos civiles federales y de California vigentes y no discrimina a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, grupo étnico, ascendencia, religión, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad, afección médica, información genética o sexo conforme a lo establecido en la sección 92.101(a)(2) del título 45 del Código de Regulaciones Federales (CFR) y la sección 14025 del título 2 del Código de Regulaciones de California (CCR). Aetna no excluye ni trata a las personas de manera menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad, grupo étnico, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, afección médica, información genética o discapacidad.

En Aetna:

- Brindamos adaptaciones razonables, asistencia y servicios auxiliares apropiados y gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - o Intérpretes de lengua de señas calificados.
 - o Información escrita en otros formatos (en letra grande, en audio, en formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Brindamos servicios gratuitos de asistencia con el idioma a personas cuyo idioma principal no es el inglés, lo que puede incluir lo siguiente:
 - o Intérpretes de lengua de señas calificados.
 - o Información escrita en otros idiomas.

Si necesita medicamentos razonables, asistencia y servicios auxiliares apropiados o asistencia con el idioma, llame al 1-800-872-3862 (TTY: 711) o al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación.

Si cree que Aetna no ha brindado estos servicios o que lo ha discriminado, por acción u omisión, de alguna manera por pertenecer a una de las clases protegidas mencionadas más arriba, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator

Attn: 1557 Coordinator

CVS Pharmacy, Inc.

1 CVS Drive, MC 2332 (clientes de HMO: P.O. Box 14032, Lexington, KY 40512-4032)

Woonsocket, RI 02895

Teléfono: 1-800-648-7817, TTY: 711

Correo electrónico: CRCoordinator@aetna.com

Puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o por correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el coordinador de derechos civiles está disponible para brindarle ayuda.

Visite <https://www.aetna.com/individuals-families/member-rights-resources/complaints-grievances-appeals.html#california> para obtener información sobre cómo presentar una queja o queja formal al Departamento de Seguros de California o al Departamento de Atención Médica Administrada de California (para personas inscritas en planes HMO).

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, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede encontrar formas de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Este aviso está disponible en el sitio web de Aetna: <https://www.aetna.com/>.

“Aetna” es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios ofrecidos por una o más de las compañías que ofrecen y administran planes de salud y dentales, y otros productos como seguro de vida, por discapacidad y de atención a largo plazo. En California, esto incluye a las subsidiarias de propiedad total de Aetna: Aetna Life Insurance Company, Aetna Health of California Inc., Aetna Better Health of California Inc., Aetna Dental of California Inc. y Health and Human Resource Center Inc., así como también a sus otras afiliadas con licencia en California. La empresa matriz final de Aetna es CVS Health Corporation (“CVS Health”).

TTY: 711

English -	To access language services at no cost to you, call 1-888-982-3862.
Amharic -	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-888-982-3862 ይደውሉ።.
Arabic -	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-888-982-3862.
Armenian -	Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 1-888-982-3862 հեռախոսահամարով:
Carolinian (Kapasal Falawasch) -	ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-888-982-3862.
Chamorro -	Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang 1-888-982-3862.
Chinese Traditional -	如欲使用免費語言服務，請致電 1-888-982-3862.
Cushitic-Oromo -	Tajaajiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-888-982-3862.
French -	Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-888-982-3862.
French Creole (Haitian) -	Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-888-982-3862.
German -	Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-888-982-3862 an.
Greek -	Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-888-982-3862.
Gujarati -	તમારેકોઇ જાતના બરૂચવના ભાષાની સે વના ઓની પછીર માટે, કોલ કરો 1-888-982-3862.
Hindi -	आपकेलिए बनिा ककसी कीमत केभाषा सेवाओंका उपयोग करनेकेलिए, 1-888-982-3862 पर कॉल करें।.
Hmong -	Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-888-982-3862.
Italian -	Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-888-982-3862.
Japanese -	言語サービスを無料でご利用いただくには、 1-888-982-3862 までお電話ください。
Karen -	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကျိၣ်အတၢ်မၤစၢအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပူၤလၢကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-888-982-3862 တက့ၢ်.
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-888-982-3862 번으로 전화해 주십시오.
Laotian -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕົກຮັບທ່ານ, ໃຫ້ໃບຫາເບີ 1-888-982-3862.
Mon-Khmer, Cambodian -	ដើម្បីជូនចូលបានសេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-888-982-3862 ។
Navajo -	T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowoł doo bąąh ílínígóó koji' hólne' 1-888-982-3862.
Pennsylvania Dutch -	Um Schprooch Services zu griegie mitaus Koscht, ruff 1-888-982-3862.

[illegible]