



TERRAKOTTA, INC. DBA LAGUNA CLAY COMPANY - CA25 750 80/60

: \$20/40 RX3

OA Managed Choice® POS

Cobertura para: Individuo + Familia | Tipo de plan: POS



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=597091-533921-724003> 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 total</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : individual \$750/familiar \$1,500. Fuera de la red: individual \$1,500/familiar \$3,000.	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 <u>medicamentos con receta médica</u> 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 \$4,000/familiar \$8,000. Fuera de la red: individual \$7,000/familiar \$14,000.	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 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	\$20 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$40 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo.	40 % de <u>coseguro</u> .	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)	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % 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/advancedcontractolaetnaca	Medicamentos genéricos	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$10 (al por menor), \$20 (pedidos por correo).	Sin cobertura.	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 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 <u>receta médica</u> que requieren precertificación o terapia escalonada para tener cobertura. <u>Copago</u> /medicamentos con receta médica para <u>insulina</u> (preferidos), no se aplica el <u>deducible</u> : \$25 para cada suministro de 30 días. Su costo será superior por elegir medicamentos de marca en lugar
	Medicamentos de marca preferidos	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$30 (al por menor), \$60 (pedidos por correo).	Sin cobertura.	

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)	
	Medicamentos de marca no preferidos	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$50 (al por menor), \$100 (pedidos por correo).	Sin cobertura.	de genéricos, salvo que se receten con la leyenda "Dispense as Written" (dispensar según lo indicado). Medicamentos de mantenimiento: Después de surtir dos recetas en una farmacia al por menor, debe obtener un suministro de 90 días mediante una farmacia participante con servicio de pedidos por correo o a través de determinados <u>proveedores</u> al por menor participantes.
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	30 % de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</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)	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	20 % de <u>coseguro</u> después de \$300 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	20 % de <u>coseguro</u> después de \$300 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	La atención de emergencia fuera de la red 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>	20 % de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	20 % de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	La atención de emergencia fuera de la red 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, no se aplica el <u>deducible</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	No hay cobertura para atención que no es de urgencia.
Si lo admiten al hospital	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización</u> previa para atención fuera de la red.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % 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: \$40 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> ; otros servicios para pacientes ambulatorios: 20 % de <u>coseguro</u> .	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: 40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.

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)	
	Servicios para pacientes hospitalizados	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % 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.	40 % 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> .	40 % de <u>coseguro</u> .	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	120 visitas/año calendario fuera de la red combinadas con enfermería particular. Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$40 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el deducible.	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cargo.	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % 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> .	40 % 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> .	40 % 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.	40 % de <u>coseguro</u> .	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 <u>plan</u> , por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>).		
• 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.	• 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: Máximo de \$10,000 de por vida dentro de la red solamente.
- Cuidado quiropráctico: 20 visitas por año calendario fuera de la red.
- 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.
- Enfermería particular: Incluida como parte de la atención médica en el hogar.
- 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 deducible general del plan \$750
- Copago de especialista \$40
- 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:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$750
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coseguro</u>	\$2,200
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,020

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 \$750
- Copago de especialista \$40
- Coseguro del hospital (establecimiento) 20 %
- Otro coseguro 20 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas en el consultorio del proveedor de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)
Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta médica
Suministros para diabéticos (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$100
<u>Copagos</u>	\$900
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,020

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

- El deducible general del plan \$750
- Copago de especialista \$40
- 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, Mia pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$400
<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 બરુચવનિા ભાષાની સે વનિા 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 -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໄດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕ່າງໆທ່ານ, ໃຫ້ໃບຫາເບີ 1-888-982-3862.
Mon-Khmer, Cambodian -	ដើម្បីប្រើប្រាស់សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-888-982-3862 ។
Navajo -	T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowoł doo báááh ílínígóó koji' hólne' 1-888-982-3862.
Pennsylvania Dutch -	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-888-982-3862.

[illegible]