



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 www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1-877-312-3862. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deductible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-877-312-3862 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deductible total</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : individual \$1,000/familiar \$2,000. Fuera de la <u>red</u> : individual \$2,000/familiar \$6,000.	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deductible</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>deductible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <u>deductible</u> pagada por todos los miembros de la familia alcance el <u>deductible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deductible</u> ?	Sí. Ciertas visitas al consultorio, <u>atención preventiva</u> , <u>atención de urgencia</u> y <u>medicamentos con receta médica</u> dentro de la <u>red</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deductible</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>deductible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deductibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deductibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este <u>plan</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : individual \$5,000/familiar \$10,000. Fuera de la <u>red</u> : individual \$12,000/familiar \$36,000.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Primas, cargos de <u>facturación de saldo</u> , sanciones por no obtener la <u>autorización previa</u> para los servicios 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 de la red</u> , visite www.myplanportal.com/dse/custom/banneraetna1 o llame al 1-877-312-3862.	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 del 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 **deductible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$25 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deductible</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$75 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deductible</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo.	50 % 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> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguno.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en www.aetnapharmacy.com/advancedcontrolaetna	Medicamentos genéricos preferidos	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deductible</u> : nivel 1A: \$3 (al por menor), \$6 (pedidos por correo); nivel 1: \$10 (al por menor), \$20 (pedidos por correo).	50 % de <u>coseguro</u> (al por menor), no se aplica el <u>deductible</u> .	Cubre un suministro de hasta 30 días (medicamentos con receta médica al por menor) y un suministro de 31 a 90 días (medicamentos con receta médica pedidos por correo). Su costo será superior por elegir medicamentos de marca en lugar de genéricos, salvo que se receten con la leyenda "Dispense as Written" (dispensar según lo indicado). La sanción por la diferencia de costos no se aplica al <u>límite de gastos de bolsillo</u> . No se cobran los anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dentro de la red. Revise el <u>formulario</u> para ver los medicamentos con receta médica que requieren precertificación o terapia escalonada para tener cobertura. No hay cobertura para medicamentos con receta médica pedidos por correo fuera de la red. Medicamentos de mantenimiento: Despues 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.
	Medicamentos de marca preferidos	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deductible</u> : \$45 (al por menor), \$90 (pedidos por correo).	50 % de <u>coseguro</u> (al por menor), no se aplica el <u>deductible</u> .	
	Medicamentos genéricos/de marca no preferidos	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deductible</u> : \$75 (al por menor), \$150 (pedidos por correo).	50 % de <u>coseguro</u> (al por menor), no se aplica el <u>deductible</u> .	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Preferidos: 20 % de <u>coseguro</u> para un suministro de hasta 30 días. 40 % de <u>coseguro</u> para un suministro de hasta 30 días, no se aplica el <u>deductible</u> .	Sin cobertura.	La primera receta de <u>medicamentos con receta médica de especialidad</u> se debe surtir en una farmacia de especialidad de la red, salvo en situaciones de urgencia. Es posible que su <u>plan</u> incluya acceso a determinadas farmacias minoristas participantes para ciertos <u>medicamentos de especialidad</u> . \$250 (preferidos) y \$500 (no preferidos) de copago 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> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % 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/visita</u> .	20 % de <u>coseguro</u> después de \$300 de <u>copago/visita</u> .	No se aplica el <u>copago</u> cuando el miembro es admitido. El costo compartido fuera de la red por la <u>atención en la Sala de Emergencias</u> es el mismo 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> .	20 % de <u>coseguro</u> .	El costo compartido fuera de la red es el mismo que dentro de la <u>red</u> .
	<u>Atención de urgencia</u>	\$75 de <u>copago/visita</u> , no se aplica el <u>deductible</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	No hay cobertura para atención que no es de urgencia.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Sanción de \$400 por cada vez que no se obtenga la precertificación para servicios fuera de la red.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio para pacientes ambulatorios: Sin cargo. Los demás servicios para pacientes ambulatorios: 20 % de <u>coseguro</u> .	Visitas al consultorio y los demás servicios para pacientes ambulatorios: 50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Servicios con internación	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Sanción de \$400 por cada vez que no se obtenga la precertificación para servicios fuera de la red.

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 está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	50 % de <u>coseguro</u> .	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Sanción de \$400 por cada vez que no se obtenga la precertificación para servicios fuera de la red.
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	La cobertura se limita a 60 visitas por año. Sanción de \$400 por cada vez que no se obtenga la precertificación para servicios fuera de la red.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$75 de <u>copago</u> /visita.	50 % de <u>coseguro</u> .	La cobertura se limita a 60 visitas combinadas por año de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y cuidado quiropráctico.
	<u>Servicios de habilitación</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	La cobertura se limita a 60 días por año. Sanción de \$400 por cada vez que no se obtenga la precertificación para servicios fuera de la red.
	<u>Equipo médico duradero</u>	50 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	La cobertura se limita 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> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Sanción de \$400 por cada vez que no se obtenga la precertificación para servicios fuera de la red.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo.	50 % de <u>coseguro</u> .	La cobertura se limita a 1 examen cada 12 meses.
	Anteojos para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Control dental para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

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

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

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura: La cobertura se limita a 10 visitas por año. | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado quiropráctico: La cobertura se limita a 60 visitas combinadas por año de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y cuidado quiropráctico. | <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento para la infertilidad: Limitado al diagnóstico y el tratamiento de la afección médica subyacente, incluida la inseminación artificial.• Atención de rutina para la vista (adultos): La cobertura se limita a 1 examen cada 12 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:

- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-877-312-3862.
- 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 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 gratuito general 1-877-312-3862. También puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- 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. La información de contacto se encuentra en <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-appeals/index.html>

¿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 general del plan</u>	\$1,000
■ <u>Copago de especialista</u>	\$75
■ <u>Coseguro del hospital (establecimiento)</u>	20 %
■ <u>Otro coseguro</u>	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>	\$1,000
<u>Copagos</u>	\$10
<u>Coseguro</u>	\$2,100

Lo que no está cubierto

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

El total que Peg pagaría es	\$3,170
------------------------------------	----------------

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 general del plan</u>	\$1,000
■ <u>Copago de especialista</u>	\$75
■ <u>Coseguro del hospital (establecimiento)</u>	20 %
■ <u>Otro coseguro</u>	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>	\$1,100
<u>Coseguro</u>	\$0

Lo que no está cubierto

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

El total que Joe pagaría es	\$1,220
------------------------------------	----------------

Fractura simple de Mía

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

■ El <u>deducible general del plan</u>	\$1,000
■ <u>Copago de especialista</u>	\$75
■ <u>Coseguro del hospital (establecimiento)</u>	20 %
■ <u>Otro coseguro</u>	20 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencias (incluye suministros médicos)

Exámenes de diagnóstico (radiografías)

Equipo médico duradero (muletas)

Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Costo total del ejemplo	\$2,800
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mía pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,000
<u>Copagos</u>	\$400
<u>Coseguro</u>	\$200

Lo que no está cubierto

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

El total que Mía pagaría es	\$1,600
------------------------------------	----------------

Nota: Con estos números se supone que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si participa en dicho programa, es posible que sus costos sean menores. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, llame al 1-877-312-3862.

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

Tecnología de asistencia

Las personas que usan tecnología de asistencia quizás no puedan tener acceso completo a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 1-877-312-3862.

Teléfono inteligente o tableta

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

Aviso sobre la no discriminación

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

Además, brindamos asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades y que necesitan asistencia de idiomas.

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

Si cree que no hemos suministrado estos servicios o que lo hemos discriminado por los motivos que se mencionaron, puede presentarle una queja formal al coordinador de derechos civiles:

Civil Rights Coordinator
P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512
1-800-648-7817 (TTY: 711)
Fax: 859-425-3379, CRCoordinator@aetna.com

También puede presentar una queja sobre derechos civiles en el portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ingresando en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede hacerlo por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Banner|Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios ofrecidos por Banner Health and Aetna Health Insurance Company y Banner Health and Aetna Health Plan Inc. Los planes de beneficios y de seguros de salud son ofrecidos o asegurados por Banner Health and Aetna Health Insurance Company o Banner Health and Aetna Health Plan Inc. Cada compañía de seguros tiene responsabilidad financiera exclusiva sobre sus propios productos. Banner Health and Aetna Health Insurance Company y Banner Health and Aetna Health Plan Inc. son filiales de Banner Health y de Aetna Life Insurance Company y sus filiales (Aetna). Aetna y Banner Health brindan ciertos servicios administrativos a Banner | Aetna.

TTY: 711.

Asistencia de idiomas:

For language assistance in your language call 1-877-312-3862 at no cost.

- | | |
|--------------------|---|
| Albanian - | Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi 1-877-312-3862. |
| Amharic - | የኢትዮጵያ አገልግሎቶችን የለከናዸ ለማግኘት፡ 0 1-877-312-3862 ይደውሉ:: |
| Arabic - | مقرلا ىلع لاصتا اءاجرلا، ئىقلىكت يأ نود ئىوغلل اتامدخل ىلع لوصح لل 1-877-312-3862 |
| Armenian - | Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 1-877-312-3862 հեռախոսահամարով: |
| Bahasa-Indonesia - | Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-877-312-3862 tanpa dikenakan biaya. |
| Bantu-Kirundi - | Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, hamagara 1-877-312-3862. |
| Bengali-Bangala - | আপনাক বনিযুক্ত ভাষা পরিক্রিয়া প্রক্র হক্য এই নম্বৰক পরেয়ক ন রেন: 1-877-312-3862। |
| Bisayan-Visayan - | Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-877-312-3862. |
| Burmese - | သင့်အနေဖြင့် အခကြားငွေ မပေးရပဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ရန် 1-877-312-3862 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ |
| Catalan - | Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-877-312-3862. |
| Chamorro - | Para un hago' i setbision lengguâhi ni dibâtde para hågu, ågang 1-877-312-3862. |
| Cherokee - | ᏍᎱᎳ ሆହମଳ ୦୮୮୮୩୮୮୮ ଲ ଆଗଳ ୧୮୮୮୮୮୮୯ 1-877-312-3862. |
| Chinese - | 如欲使用免費語言服務，請致電 1-877-312-3862。 |
| Choctaw - | Anumpa tohsholi I toksvli ya peh pilla ho ish I paya hinla, I paya 1-877-312-3862. |
| Cushite - | Tajaajiiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-877-312-3862. |
| Dutch - | Voor gratis toegang tot taaldiensten, bell 1-877-312-3862. |
| French - | Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-877-312-3862. |
| French Creole - | Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-877-312-3862. |
| German - | Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-877-312-3862 an. |
| Greek - | Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-877-312-3862. |

Gujarati -	તમારે કોઈ જાતના ખર્ચ વનિા ભાષાની સેટિયોની પહોર માટે, કોલ કરો 1-877-312-3862.
Hawaiian -	No ka wala'au 'ana me ka lawelawe 'ōlelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-877-312-3862 Kāki 'ole 'ia kēia kōkua nei.
Hindi -	आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, 1-877-312-3862 पर कॉल करें।
Hmong -	Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-877-312-3862.
Igbo -	Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụṣụ n'efu, kpọọ 1-877-312-3862.
Ilocano -	Tapno maaksesyo dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-877-312-3862.
Indonesian -	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-877-312-3862.
Italian -	Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-877-312-3862.
Japanese -	言語サービスを無料でご利用いただくには、1-877-312-3862までお電話ください
Karen -	လာတိကမန်ကျိုးအတိမှစာအတိပံးတိမ္တဖို့လာတအိုဒီးအပြုလာကဘုံဟူးအိုဂိုးဘုံန် ကို: 1-877-312-3862 တက်။
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-877-312-3862 번으로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa -	M dyi wudu-dù kà kò dò bě dyi móuń nì Pídyi ní, níí, dá nòbà nìà ke: 1-877-312-3862.
Kurdish -	ىهرامىز ھب مكىپ دىن ھوي ھې، ۋۆت ۋېب نووجىت ئېبھب نامىز ىرازوگەت مەزخ ھب نەتسىي مگارىپسەد ۋېب 1-877-312-3862
Laotian -	ເຢື່ອໃຈແຫ່ງໝາຍບໍລິການພາລາ ໄດຍບໍ່ແລຍຕື່ອັກບໍ່ໝາຍ, ໃຫ້ໂທໜາເປີ 1-877-312-3862.
Marathi -	कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी 1-877-312-3862 वर फोन करा.
Marshallese -	Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirlok 1-877-312-3862.
Micronesian Pohnpeyan -	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-877-312-3862.
Mon-Khmer Cambodian -	និមួយនឹងទូលាយការបោះឆ្នោតមុនក្នុង មុនក្នុងពេទ្យជាន់ខេត្ត 1-877-312-3862។
Navajo -	T'áá ni nizaad K'ehjí bee níká a'dooowol doo bágáh ilínígóó kojí' hólne' 1-877-312-3862.
Nepali -	নিঃশুল্ক ভাষা সেবা প্রাপ্ত গনন 1-877-312-3862 মা টেলিফোন গনুনহোস্ব ।
Nilotic-Dinka -	Të kɔɔr yin wëer de thokic ke cìn wëu kɔɔr keek tënɔŋ yin. Ke cɔl kɔɔc ye kɔɔc kuɔny ne nɔmba 1-877-312-3862.
Norwegian -	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-877-312-3862.

