



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=474775-708650-280001> 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> para proveedores designados: 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. 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> para proveedores designados: individual \$6,000/familiar \$12,000.	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 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> ?	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 no designado 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	\$40 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$60 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo.	Sin cobertura.	Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el plan.
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$100 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</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/advancedcontrolaetnaca	Medicamentos genéricos	<u>Copago/medicamentos con receta médica</u> , no se aplica el <u>deducible</u> : \$20 para un suministro de 30 días, \$40 para un suministro de 60 días, \$60 para un suministro de 90 días (al por menor), \$40 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/medicamentos con receta médica para 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 de genéricos, salvo que se receten con la leyenda "Dispense as Written" (dispensar según lo indicado).
	Medicamentos de marca preferidos	<u>Copago/medicamentos con receta médica</u> , no se aplica el <u>deducible</u> : \$40 para un suministro de 30 días, \$80 para un suministro de 60 días, \$120 para un suministro de 90 días (al por menor), \$80 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 no designado 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> : \$60 para un suministro de 30 días, \$120 para un suministro de 60 días, \$180 para un suministro de 90 días (al por menor), \$120 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo).	Sin cobertura.	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : 30 %.	Sin cobertura.	La primera receta se debe surtir en una farmacia al por menor o en una farmacia de especialidad. Las demás 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> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$200 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	\$200 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>	\$200 de <u>copago</u> /viaje, no se aplica el <u>deducible</u> .	\$200 de <u>copago</u> /viaje, 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>	\$35 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	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> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % 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 no designado fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
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, no se aplica el <u>deducible</u> ; 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	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
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	\$40 de <u>copago</u> /embarazo, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20 % 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, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	120 visitas/año calendario.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$60 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	<u>Servicios de habilitación</u>	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	100 días/año calendario.
	<u>Equipo médico duradero</u>	\$40 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	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>	20 % de <u>coseguro</u> para pacientes hospitalizados; \$60 de <u>copago</u> /visita para pacientes ambulatorios, no se aplica el <u>deducible</u> .	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/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 deducible general del plan \$1,500
- Copago de especialista \$60
- 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>	\$1,500
<u>Copagos</u>	\$50
<u>Coseguro</u>	\$1,400
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$3,010

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 \$1,500
- Copago de especialista \$60
- 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>	\$0
<u>Copagos</u>	\$1,300
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,320

Fractura simple de Mía

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

- El deducible general del plan \$1,500
- Copago de especialista \$60
- 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, Mía pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$700
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mía pagaría es	\$700

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”).

