Résumé des prestations et de la couverture : Couverture de ce régime d'assurance et coût des prestations

Période de couverture : 01/07/2019 - 30/06/2020

aetna™ VILLE DE PORTLAND : Aetna Choice® POS II

Couverture de : Employé + Famille | **Type de régime :** POS

Le document résumant les prestations et la couverture de l'assurance maladie (SBC) vous aidera à choisir un régime d'assurance. SBC indique la répartition des coûts des services de santé couverts entre l'assureur et vous. REMARQUE : des informations au sujet du montant de ce régime d'assurance (premium) seront mises à disposition séparément. Il s'agit juste d'un résumé. Pour en savoir plus sur la couverture qui vous est offerte, ou pour obtenir un exemplaire des modalités complètes de ladite couverture, visitez le site Web www.HealthReformPlanSBC.com ou composez le 1-877-602-3862. Reportez-vous au glossaire pour les définitions générales des termes courants tels que montant autorisé, solde de facturation, coassurance, quote-part, franchise, prestataire, ou d'autres termes soulignés. Vous pouvez consulter le glossaire à l'adresse https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/ ou composer le 1-877-602 -3862 pour demander une copie.

Questions importantes	Réponses	Pourquoi est-ce important :
Quelle est la franchise globale ?	**Préférentiel :** Particulier $400 / Famille $800. En réseau Non-préférentiel : Particulier $1,000 / Famille $2,000. Non-préférentiel : Particulier $1,000 / Famille $2,000.	En général, vous devez régler tous les coûts, en commençant par le prestataire jusqu'au montant de la franchise , avant que ce régime d'assurance ne prenne en charge les services pour lesquels vous êtes couverts. Si ce régime d'assurance couvre d'autres membres de la famille, chacun d'eux doit satisfaire aux critères de sa propre franchise jusqu'à ce que le montant total de la franchise payée par tous les membres de la famille atteigne l'ensemble de la franchise de la famille.
Y a-t-il des services couverts avant que vous n'ayez atteint votre franchise ?	Oui. Les soins d'urgence, les visites en cabinet et les traitements préventifs en réseau sont couverts avant que vous n'ayez atteint votre franchise.	Ce régime d'assurance couvre certains articles et services, même lorsque vous n'avez pas encore atteint le montant de la franchise. Cependant, les quotes-parts ou la coassurance peuvent s'appliquer. Par exemple, ce régime d'assurance couvre certains services de prévention sans participation aux frais et avant d'atteindre le montant de votre franchise. Voir la liste des services de prévention couverts à l'adresse https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
Y a-t-il d'autres franchises pour des prestations particulières ?	Non.	Atteindre le montant des franchises n'est pas une obligation pour des prestations particulières.
Quel est le plafond des sommes à verser pour ce régime d'assurance ?	**Préférentiel :** Particulier $1,500 / Famille $3,000. En réseau Non-préférentiel : Particulier $2,500 / Famille $5,000. Non-préférentiel : Particulier $2,500 / Famille $5,000.	Le plafond des sommes à verser correspond à la somme maximale que vous devriez payer par an pour les services couverts. Lorsque d'autres membres de votre famille appartiennent à ce régime d'assurance, ils doivent atteindre leur propre plafond des sommes à verser jusqu'à atteindre le plafond des sommes à verser par l'ensemble de la famille.
Quels sont les éléments non compris dans le plafond des sommes à verser ?	Les frais des primes, des soldes de facturation, des soins de santé ne sont pas couverts par ce régime d'assurance et les pénalités pour non-obtention d'une autorisation préalable des services.	Même lorsque vous prenez en charge ces dépenses, elles ne sont pas prises en compte dans le plafond des sommes à verser.
Payerez-vous moins si vous avez recours à un prestataire du réseau ?	Oui. Pour obtenir la liste des prestataires agréés, consultez l'adresse www.aetna.com/docfind ou appelez le 1-877-602-3862.	Vous dépenserez moins en ayant recours à l'un des prestataires de la liste des prestataires agréés. Vous dépenserez plus en ayant recours à l'un des prestataires de la liste des prestataires appartenant au réseau non préférentiel. Vous dépenserez plus en ayant recours à un prestataire hors réseau, et un prestataire pourrait vous adresser une facture pour réclamer la différence entre les frais du prestataire et la somme payée par votre régime d'assurance (solde de facturation). Sachez cependant que votre fournisseur de réseau peut utiliser un prestataire hors réseau pour certains services (tels que les travaux de laboratoire). Consultez votre prestataire avant d'accepter ses services.
Est-il nécessaire de vous recommander un spécialiste ?	Non.	Vous pouvez rencontrer le spécialiste de votre choix sans qu'on vous le recommande.

Propriétaire

Tous les frais de **quote-part** et de **coassurance** indiqués dans ce graphique ne sont requis qu'après avoir atteint votre **franchise**, si une **franchise** s'applique.

Événement médical ordinaire	Services dont vous pouvez avoir besoin	Ce que vous allez verser			Restrictions, exceptions et autres renseignements importants
		Prestataire agréé (Vous allez payer le moins)	Prestataire non préférentiel du réseau (Vous allez payer davantage)	Prestataire non préférentiel (Vous allez payer le plus)	
Si vous vous rendez au cabinet ou à la clinique d'un prestataire de soins de santé	Visite de soins primaires pour traiter une blessure ou une maladie	Gratuit Réseau de grande valeur	Coassurance 30 % sur le réseau Aetna	Coassurance 30 %	Aucune
	Consultation chez un spécialiste	Quote-part/visite de $20,franchise ne s'applique pas.	Quote-part/visite de $20,franchise ne s'applique pas.	Coassurance 30 %	Aucune
	Soins préventifs/bilan de santé/vaccination	Gratuit Réseau de grande valeur	Coassurance 30 % sur le réseau Aetna	Non couvert	Il se peut que vous payiez pour des services qui ne sont pas préventifs. Renseignez-vous auprès de votre prestataire pour savoir si les services dont vous avez besoin sont préventifs. Ensuite, vérifiez ce que votre assurance va vous verser.
Si vous faites un examen	Test diagnostique (radiographie, analyse de sang)	Coassurance 10 %	Coassurance 10 %	Coassurance 30 %	Aucune
	Examens d'imagerie (scanners, TEP, IRM)	Coassurance 10 %	Coassurance 10 %	Coassurance 30 %	Aucune
Si vous avez besoin de médicaments pour traiter votre maladie ou votre affection Vous trouverez des informations supplémentaires à propos des **couvertures des médicaments sur prescription** à l'adresse www.aetnapharmacy.com/standard	Médicaments génériques	Quote-part/ordonnance : $10 (détail) **(Commande par la poste) : $15**	Ne s'applique pas	Quote-part/ ordonnance : $10 (détail)	**Couvre l'offre de 30 jours** (**vente au détail**). **Approvisionnement de 31 à 90 jours disponible par correspondance à 1,5 fois le prix de vente au détail.** Comprend les médicaments et dispositifs contraceptifs pouvant être obtenus en pharmacie ainsi que les inducteurs d'ovulation oraux et injectables. Pour les femmes, les contraceptifs génériques privilégiés et approuvés par la FDA dans le réseau sont gratuits. Examinez votre liste de médicaments pour trouver les ordonnances nécessitant une pré-certification ou une thérapie par étapes pour la couverture.
	Médicaments de marque privilégiée	Quote-part/ordonnance : $30 (détail) **(Commande par la poste) : $45**	Ne s'applique pas	Quote-part/ ordonnance : $30 (détail)	
	Médicaments de marque non privilégiée	Quote-part/ordonnance : $60 (détail) **(Commande par la poste) : $90**	Ne s'applique pas	Quote-part/ ordonnance : $60 (détail)	
	Médicaments spécialisés	Coût applicable mentionné ci-dessus pour les médicaments génériques ou de marque	Ne s'applique pas	Coût applicable mentionné ci-dessus pour les médicaments génériques ou de marque	Aucune

Propriétaire

Événement médical ordinaire	Services dont vous pouvez avoir besoin	Ce que vous allez verser			Restrictions, exceptions et autres renseignements importants
		Prestataire agréé (Vous allez payer le moins)	Prestataire non préférentiel du réseau (Vous allez payer davantage)	Prestataire non préférentiel (Vous allez payer le plus)	
Si vous subissez une chirurgie ambulatoire	Frais de l'établissement (p. ex., centre de chirurgie ambulatoire)	Coassurance 10 %	Coassurance 10 %	Coassurance 30 %	Aucune
	Honoraires du médecin/chirurgien	Coassurance 10 %	Coassurance 30 %	Coassurance 30 %	Voir page 6 sur 7 pour plus de détails
En cas de besoin de soins médicaux immédiats	Soins en salle d'urgence	Quote-part/visite de $100, franchise ne s'applique pas	Quote-part/visite de $100, franchise ne s'applique pas	Quote-part/visite de $100, franchise ne s'applique pas	Aucune couverture en cas d'utilisation non urgente.
	Transport médical d'urgence	Coassurance 10 %	Coassurance 10 %	Coassurance 10 %	Transport non urgent : non couvert, sauf en cas d'autorisation préalable.
	Soins d'urgence	Quote-part/visite de $20,franchise ne s'applique pas.	Quote-part/visite de $20,franchise ne s'applique pas.	Coassurance 30 %	Aucune
En cas d'hospitalisation	Frais de l'établissement (p. ex. chambre d'hôpital)	Coassurance 10 %	Coassurance 10 %	Coassurance 30 %	Pénalité de $500 pour n'avoir pas obtenu l'autorisation préalable pour des soins en dehors du réseau.
	Honoraires du médecin/chirurgien	Coassurance 10 %	Coassurance 30 %	Coassurance 30 %	Voir page 6 sur 7 pour plus de détails
Si vous avez besoin de services de santé mentale, de santé comportementale ou de toxicomanie	Services de soins externes	Services en cabinet médical et autres services de soins externes : sans frais	Ne s'applique pas	Services en cabinet médical et autres services de soins externes : Coassurance 30 %	Aucune
	Services d'hospitalisation	Coassurance 10 %	Ne s'applique pas	Coassurance 30 %	Pénalité de $500 pour n'avoir pas obtenu l'autorisation préalable pour des soins en dehors du réseau.
Si vous êtes enceinte	Consultations en cabinet médical	Gratuit	Gratuit	Coassurance 30 %	La participation aux frais ne s'applique pas aux services préventifs. Les soins de maternité peuvent inclure des tests et des services décrits ailleurs dans le SBC (à savoir les échographies). Une pénalité de $500 pour n'avoir pas obtenu l'autorisation préalable pour des soins en dehors du réseau peut être appliquée.
	Services professionnels d'accouchement	Coassurance 10 %	Coassurance 10 %	Coassurance 30 %	
	Services de maternité	Coassurance 10 %	Coassurance 10 %	Coassurance 30 %	

Propriétaire

Événement médical ordinaire	Services dont vous pouvez avoir besoin	Ce que vous allez verser			Restrictions, exceptions et autres renseignements importants
		Prestataire agréé (Vous allez payer le moins)	Prestataire non préférentiel du réseau (Vous allez payer davantage)	Prestataire non préférentiel (Vous allez payer le plus)	
Si vous avez besoin d'aide pour votre convalescence ou des besoins de santé particuliers	Soins de santé à domicile	Coassurance 10 %	Coassurance 10 %	Coassurance 30 %	90 visites par année civile. Pénalité de $500 pour n'avoir pas obtenu l'autorisation préalablepour des soins en dehors du réseau.
	Services de rééducation	Quote-part/visite de $10, franchise ne s'applique pas	Quote-part/visite de $10, franchise ne s'applique pas	Coassurance 30 %	Aucune
	Services de réadaptation	Quote-part/visite de $10, franchise ne s'applique pas	Quote-part/visite de $10, franchise ne s'applique pas	Coassurance 30 %	Exclusivement pour le traitement de l'autisme.
	Soins infirmiers spécialisés	Coassurance 10 %	Coassurance 10 %	Coassurance 30 %	Pénalité de $500 pour n'avoir pas obtenu l'autorisation préalable pour des soins en dehors du réseau.
	Équipement médical durable	Coassurance 10 %	Coassurance 10 %	Coassurance 30 %	Limité à 1 équipement médical durable pour un usage identique ou similaire. Exclut les réparations pour usage abusif/mauvaise utilisation.
	Services de soins palliatifs	Gratuit	Gratuit	Coassurance 30 %	Pénalité de $500 pour n'avoir pas obtenu l'autorisation préalable pour des soins en dehors du réseau.
Si votre enfant a besoin de soins dentaires ou ophtalmologiques	Examen des yeux des enfants	Gratuit	Gratuit	Coassurance 30 %	1 examen ophtalmologique de routine toutes les 2 années civiles.
	Lunettes des enfants	Non couvert	Non couvert	Non couvert	Non couvert.
	Contrôle dentaire des enfants	Non couvert	Non couvert	Non couvert	Non couvert.

Services exclus et autres services couverts :

Les services que votre régime ne couvre PAS généralement (vérifiez votre police ou le document de votre régime pour plus d'informations et une liste de tous les autres services exclus.)

- Chirurgie esthétique
- Soins dentaires (adulte et enfant)
- Lunettes (enfant)
- Soins de longue durée
- Soins non urgents lorsque vous voyagez en dehors des États-Unis
- Soins infirmiers privés
- Soins des pieds de routine
- Programmes de perte de poids - sauf pour les services préventifs requis.

Propriétaire

Autres services couverts (Des restrictions peuvent s'appliquer à ces services. Cette liste n'est pas complète. Veuillez consulter le document de votre **régime d'assurance.)**		
• Acupuncture et massage thérapeutique - 12 visites à un maximum de $70 par visite et par année civile pour chacun de ces services. • Chirurgie bariatrique	• Soins chiropratiques - 25 visites par année civile. • Prothèses auditives - $2,800 maximum/36 mois pour les enfants de moins de 18 ans.	• Traitement de l'infertilité - Limité au diagnostic et au traitement de l'état pathologique sous-jacent. Insémination artificielle, induction de l'ovulation et technologie de reproduction avancée : $20,000 maximum/durée de vie. • Soins ophtalmologiques de routine (adulte) - 1 examen ophtalmologique de routine toutes les 2 années civiles.

Vos droits de maintien de la couverture :

Il existe des agences qui peuvent vous aider si vous souhaitez continuer votre couverture après la fin de celle-ci. Ci-dessous les informations pour entrer en contact avec lesdites agences :

- Pour plus d'informations sur vos droits de continuer à bénéficier de cette protection, contactez votre assureur au 1 -877-602-3862.
- Si votre couverture santé collective est soumise à l'ERISA, vous pouvez également contacter l'Administration de la Sécurité des Prestations aux Employés du ministère du Travail au 1-866-444-EBSA (3272) ou à l'adresse : https://www.dol.gov/agencies/ebsa
- Pour les régimes de santé collectifs non-fédéraux, vous pouvez également contacter le Centre d'informations à destination des consommateurs et de surveillance des assurances du ministère de la Santé et des services sociaux, au 1-877-267-2323, poste 61565 ou à l'adresse www.cciio.cms.gov.
- Si votre régime d'assurance est celui d'une église, les régimes d'assurance de l'église ne sont pas couverts par les règles de la garantie de continuation de la COBRA fédérale. Si la couverture est assurée, les personnes doivent contacter leur organisme de réglementation de l'assurance publique concernant leurs droits éventuels à une couverture complémentaire en vertu du droit de l'État.

D'autres options de couverture peuvent également vous être disponibles, notamment l'achat d'une couverture individuelle par le biais du Marché de l'assurance maladie. Pour plus d'informations sur le Marché, visitez le site www.HealthCare.gov ou appelez le 1-800-318-2596.

Vos droits de plainte et d'appel :

Il existe des agences qui peuvent vous aider si vous avez une plainte contre votre régime d'assurance pour rejet de votre demande. Cette plainte est appelée un grief ou un appel. Pour en savoir plus en ce qui concerne vos droits, examinez l'explication des avantages dont vous bénéficierez pour cette réclamation au titre de frais médicaux. Les documents de votre régime d'assurance fournissent également des informations complètes sur la manière de déposer une plainte, un appel, ou un grief portant sur votre régime d'assurance. Pour en savoir plus concernant vos droits, le présent document, ou pour obtenir une assistance, vous pouvez contacter :

- Aetna directement en composant le numéro sans frais de votre carte d'identité médicale ou en appelant notre numéro sans frais général au 1-877-602-3862.
- Si votre couverture santé collective est soumise à l'ERISA, vous pouvez également contacter l'Administration de la Sécurité des Prestations aux Employés du ministère du Travail au 1-866-444-EBSA (3272) ou à l'adresse : https://www.dol.gov/agencies/ebsa
- Pour les régimes de santé collectifs non-fédéraux, vous pouvez également contacter le Centre d'informations à destination des consommateurs et de surveillance des assurances du ministère de la Santé et des services sociaux, au 1-877-267-2323, poste 61565 ou à l'adresse www.cciio.cms.gov.
- En outre, un programme d'assistance aux consommateurs peut vous aider à rédiger votre appel. Vous trouverez les coordonnées à l'adresse : http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/comDlaints-grievances-aDDeals/index.html.

Ce régime d'assurance assure-t-il une couverture minimale essentielle ? **Oui.**

Si vous n'avez pas de couverture minimale essentielle pendant un mois, vous devrez effectuer un paiement lorsque vous produirez votre déclaration de revenus, à moins que vous n'ayez droit à une exemption de l'exigence selon laquelle vous bénéficiez d'une couverture maladie pour ce mois.

Ce régime d'assurance répond-il au critère de valeur minimale ? **Oui.**

Lorsque votre régime d'assurance n'atteint pas le niveau de valeur minimale, vous pouvez être admissible à un crédit d'impôt sur les primes pour vous aider à payer un régime d'assurance par l'intermédiaire du marché.

---------- Pour voir des exemples de la manière dont ce régime d'assurance peut couvrir les coûts d'un échantillon de contextes médicaux, reportez-vous à la page suivante. ----

- Spécialistes en soins sensibles à l'offre et à la préférence : arthroplasties de la hanche/du genou, chirurgie de la hernie discale, chirurgie de la colonne vertébrale, endoscopie digestive haute, injections rachidiennes pour la douleur, arthroscopie de l'épaule/du genou, chirurgie des sinus et chirurgie bariatrique.

Ce que vous allez verser

Événement médical ordinaire	Services dont vous pouvez avoir besoin	Prestataire agréé (Vous allez payer le moins)	En réseau Prestataire non préférentiel (Vous allez payer davantage)	Non-préférentiel Prestataire (Vous allez payer le plus)	Restrictions, exceptions et autres renseignements importants
Si vous subissez une chirurgie ambulatoire	Honoraires du médecin/chirurgien	Coassurance 10 % Réseau de grande valeur	Coassurance 30 % Réseau d'Aetna	Coassurance 30 % Hors réseau	S'applique aux services fournis par les spécialistes en soins sensibles à l'offre et à la préférence.
En cas d'hospitalisation	Honoraires du médecin/chirurgien	Coassurance 10 % Réseau de grande valeur	Coassurance 30 % Réseau d'Aetna	Coassurance 30 % Hors réseau	S'applique aux services fournis par les spécialistes en soins sensibles à l'offre et à la préférence.

Propriétaire

À propos de ces exemples de couverture :

Ceci n'est pas une estimation de coûts. Les traitements présentés ne sont que des exemples de la façon dont le régime d'assurance pourrait couvrir les soins médicaux. Vos coûts réels varieront en fonction des soins réellement reçus, des prix facturés par vos prestataires et de nombreux autres facteurs. Concentrez-vous sur les montants relatifs à la répartition des frais (franchises, quotes-parts et coassurance) et les services exclus dans le cadre du régime d'assurance. Utilisez ces informations pour comparer la partie des coûts que vous pourriez payer avec différents régimes d'assurance santé. Veuillez noter que ces exemples de couverture sont basés sur la couverture individuelle de chacun.

Peg va avoir un bébé
(9 mois de soins prénatals en réseau et un accouchement à l'hôpital)

- **La franchise de l'ensemble du régime d'assurance** **$400**
- **Quote-part du spécialiste** **$20**
- **Coassurance hospitalière** **10 %**
- **Autre coassurance** **10 %**

Cet événement qui sert d'EXEMPLE comprend des services comme :
Consultations en cabinet de médecin spécialiste (soins prénataux)
Services professionnels d'accouchement
Services de maternité
Tests diagnostiques *(échographie et analyse de sang)*
Consultation de spécialiste (anesthésie)

Coût total de l'exemple	**$12,800**
Dans cet exemple, Peg payerait :	
Répartition des coûts	
Franchises	$400
Quotes-parts	$0
Coassurance	$1,100
Ce qui n'est pas couvert	
Limites ou exclusions	$60
Le total à payer par Peg serait de	**$1,560**

Gestion du diabète de type 2 de Joe
(une année de soins de routine au sein du réseau pour un état maîtrisé)

- **La franchise de l'ensemble du régime d'assurance** **$400**
- **Quote-part du spécialiste** **$20**
- **Coassurance hospitalière** **10 %**
- **Autre coassurance** **10 %**

Cet événement qui sert d'EXEMPLE comprend des services comme :
Consultation du médecin de soins primaires (y compris l'éducation à la maladie)
Tests diagnostiques (analyse de sang)
Médicaments délivrés sur ordonnance
Équipement médical durable (glucomètre)

Coût total de l'exemple	**$7,400**
Dans cet exemple, Joe payerait :	
Répartition des coûts	
Franchises	$400
Quotes-parts	$1,100
Coassurance	$10
Ce qui n'est pas couvert	
Limites ou exclusions	$20
Le total à payer par Joe serait de	**$1,530**

La fracture simple de Mia
(visite dans un service des urgences du réseau et suivi des soins)

- **La franchise de l'ensemble du régime d'assurance** **$400**
- **Quote-part du spécialiste** **$20**
- **Coassurance hospitalière** **10 %**
- **Autre coassurance** **10 %**

Cet événement qui sert d'EXEMPLE comprend des services comme :
Soins en salle d'urgence (notamment les fournitures médicales)
Test diagnostique (radiographie)
Équipement médical durable (béquilles)
Services de rééducation (kinésithérapie)

Coût total de l'exemple	**$1,900**
Dans cet exemple, Mia payerait :	
Répartition des coûts	
Franchises	$400
Quotes-parts	$200
Coassurance	$20
Ce qui n'est pas couvert	
Limites ou exclusions	$0
Le total à payer par Mia serait de	**$620**

Remarque : ces chiffres supposent que le patient ne participe pas au programme de bien-être du régime d'assurance. Si vous participez au programme de bien-être du régime d'assurance, vous pourrez peut-être réduire vos coûts.

Le régime d'assurance prendrait en charge les coûts supplémentaires de ces services couverts fournis à titre d'exemple.

Propriétaire

Technologie d'assistance

Les personnes utilisant des technologies d'assistance risquent de ne pas pouvoir accéder pleinement aux informations qui vont suivre. Pour obtenir de l'aide, veuillez composer le 1-877-602-3862.

Smartphone ou tablette

Pour visualiser des documents à partir de votre smartphone ou de votre tablette, l'application gratuite WinZip est requise. Elle peut être disponible sur votre App Store.

Non-discrimination

Aetna se conforme aux lois fédérales sur les droits civils en vigueur et ne discrimine pas, n'exclut ni ne traite les personnes différemment en fonction de leur race, leur couleur, leur nationalité d'origine, leur sexe, leur âge ou leur handicap.

Aetna fournit des aides ou services gratuits aux personnes handicapées et aux personnes nécessitant une assistance linguistique.

Si vous avez besoin d'un interprète qualifié, d'informations écrites dans d'autres formats, de traduction ou d'autres services, appelez le numéro figurant sur votre carte d'identité.

Si vous pensez que nous n'avons pas fourni ces services ou que nous avons exercé une discrimination envers l'une des catégories protégées susmentionnées, vous pouvez également adresser un grief au coordonnateur des droits civils en contactant :

Le coordonnateur des droits civils,

Boite postale 14462, Lexington, KY 40512 (CA HMO clients : Boite postale 24030 Fresno, CA 93779),

1-800-648-7817, TTY : 711, Fax : 859-425-3379 (CA HMO clients : 1-860-262-7705),

Adresse électronique : CRCoordinator@aetna.com.

Vous pouvez également déposer une plainte pour atteinte aux droits civils auprès du Portail du Bureau des plaintes relatives aux droits civils du département de la santé américain, disponible à l'adresse https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, ou encore à : U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, ou au numéro 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna est le nom de marque utilisé pour les produits et les services fournis par une ou plusieurs filiales du groupe Aetna, notamment Aetna Life Insurance Company, les régimes de soins de santé Coventry et leurs filiales (Aetna).

TTY : 711

Assistance linguistique :

Pour obtenir une assistance linguistique dans votre langue, composez gratuitement le 1-877-602-3862.

Albanian -	Për asistencë në gjuhën shqipe telefononi falas në 1-877-602-3862.
Amharic -	ለቋንቋ እገዛ በ አማርኛ በ 1-877-602-3862 በነጻ ይደውሉ
Arabic -	للمساعدة في (اللغة العربية)، الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-877-602-3862
Armenian -	Լեզվի ցուցաբերած աջակցության (հայերեն) զանգի 1-877-602-3862 առանց գնով:
Bahasa Indonesia -	Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-877-602-3862 tanpa dikenakan biaya.
Bantu-Kirundi -	Niba urondera uwugufasha mu Kirundi, twakure kuri iyi nomero 1-877-602-3862 ku busa
Bengali-Bangala -	বাংলায় ভাষা সহায়তার জন্য বিনামূল্যে 1-877-602-3862-তে কল করুন।
Bisayan-Visayan -	Alang sa pag-abag sa pinulongan sa (Binisayang Sinugboanon) tawag sa 1-877-602-3862 nga walay bayad.
Burmese -	ဌေးကုန်ကျခံစရာမလိုဘဲ (မြန်မာဘာသာစကား)ဖြင့် ဘာသာစကားအကူအညီရယူရန် 1-877-602-3862 ကို ခေါ်ဆိုပါ။
Catalan -	Per rebre assistència en (català), truqui al número gratuït 1-877-602-3862.
Chamorro -	Para ayuda gi fino' (Chamoru), ågang 1-877-602-3862 sin gåstu.
Cherokee -	ᏫᏙᎥᎾ ᏚᏳᏂᏍᏙᏗ ᏗᏂᏙᏚᏅᏙᎥ ᏫᏣᏐ (ᏄᎳᎥ) ᏭᏆᏎᏍᏚ 1-877-602-3862 ᎤᏫᏐ ᏊᏁᏙᏗ ᏧᏋᏄᏅᏗ ᏂᏒᏫᏫ.
Chinese -	欲取得繁體中文語言協助，請撥打 1-877-602-3862，無需付費。
Choctaw -	(Chahta) anumpa ya apela a chi l paya hinla 1-877-602-3862.
Cushite -	Gargaarsa afaan Oromiffa hiikuu argachuuf lakkokkofsa bilbilaa 1-877-602-3862 irratti bilisaan bilbilaa.
Dutch -	Bel voor tolk- en vertaaldiensten in het Nederlands gratis naar 1-877-602-3862.
French -	Pour une assistance linguistique en français appeler le 1-877-602-3862 sans frais.
French Creole -	Pou jwenn asistans nan lang Kreyòl Ayisyen, rele nimewo 1-877-602-3862 gratis.
German -	Benötigen Sie Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache? Rufen Sie uns kostenlos unter der Nummer 1-877-602-3862 an.
Greek -	Για γλωσσική βοήθεια στα Ελληνικά καλέστε το 1-877-602-3862 χωρίς χρέωση.
Gujarati -	ગુજરાતીમાં ભાષામાં સહાય માટે કોઈ પણ ખર્ચ વગર 1-877-602-3862 પર કૉલ કરો.

Hawaiian -	No ke kōkua ma ka ‘ōlelo Hawai‘i, e kahea aku i ka helu kelepona 1-877-602-3862. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
Hindi -	हन्दिी में भाषा सहायता के लएि, 1-877-602-3862 पर मुफ्त कॉल करें।
Hmong -	Yog xav tau kev pab txhais lus Hmoob hu dawb tau rau 1-877-602-3862.
Ibo -	Maka enyemaka asụsụ na Igbo kpọọ 1-877-602-3862 na akwụghị ụgwọ ọ bụla
Ilocano -	Para iti tulong ti pagsasao iti pagsasao tawagan ti 1-877-602-3862 nga awan ti bayadanyo.
Italian -	Per ricevere assistenza linguistica in italiano, può chiamare gratuitamente 1-877-602-3862.
Japanese -	日本語で援助をご希望の方は、1-877-602-3862 まで無料でお電話ください。
Karen -	လၢတၢ်မၤစၢၤတၢ်ကတိၤကျိုဉ်အဂီၢ် ကျိုဉ် ကိး 1-877-602-3862 လၢတအိဉ်ဒီးတၢ်လၢာ်ဘူဉ်လၢာ်စူၤဘဉ်
Korean -	한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 무료 통화번호인 1-877-602-3862 번으로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa -	Ɓɛ´m`ké gbo-kpá-kpá dyé pidyi ɖé Ɓǎsɔɔ́-wuɖ̀uùǐn wɛ̃ɛ, ɖá 1-877-602-3862
Kurdish -	برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-877-602-3862 به خۆرایی پەیوەندی بکەن.
Laotian -	ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາລາວ, ກະລຸນາໂທຫາ1-877-602-3862 ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໂທ.
Marathi -	तीलभाषा (मराठी) सहाय्यासाठी 1-877-602-3862 क्रमांकावरकोणत्याहीखर्चाशिवायकॉलकरा.
Marshallese -	Ñan bōk jipañ ilo Kajin Majol, kallok 1-877-602-3862 ilo ejjelok wōnān.
Micronesian-Pohnpeyan -	Ohng palien sawas en soun kawewe ni omw lokaia Ponape koahl 1-877-602-3862 ni sohte isais.
Mon-Khmer, Cambodian -	សម្រាប់ជំនួយភាសាជា ភាសាខ្មមរ៉ៃ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-602-3862 ដោយឥតគិតថ្ងលៃ។
Navajo -	T'áá shi shizaad k'ehjí bee shíká a'doowol nínízingo Diné k'ehjí koji' t'áá jíík'e hólne' 1-877-602-3862
Nepali -	(नेपाली) मा निःशुल्क भाषा सहायता पाउनका लागि 1-877-602-3862 मा फोन गर्नुहोस् ।
Nilotic-Dinka -	Tën kuɔɔny ë thok ë Thuɔŋjäŋ cɔl 1-877-602-3862 kecïn aɣöc.
Norwegian -	For språkassistanse på norsk, ring 1-877-602-3862 kostnadsfritt.
Panjabi -	ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾਈ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, 1-877-602-3862 ‘ਤੇ ਮੁਫ਼ਤ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Pennsylvania Dutch -	Fer Helfe in Deitsch, ruf: 1-877-602-3862 aa. Es Aaruf koschtet nix.
Persian -	برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-877-602-3862 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. انگلیسی
Polish -	Aby uzyskać pomoc w języku polskim, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-877-602-3862.

Portuguese -	Para obter assistência linguística em português ligue para o 1-877-602-3862 gratuitamente.
Romanian -	Pentru asistenţă lingvistică în româneşte telefonaţi la numărul gratuit 1-877-602-3862
Russian -	Чтобы получить помощь русскоязычного переводчика, позвоните по бесплатному номеру 1-877-602-3862.
Samoan -	Mo fesoasoani tau gagana I le Gagana Samoa vala'au le 1-877-602-3862 e aunoa ma se totogi.
Serbo-Croatian -	Za jezičnu pomoć na hrvatskom jeziku pozovite besplatan broj 1-877-602-3862.
Spanish -	Para obtener asistencia lingüística en español, llame sin cargo al 1-877-602-3862.
Sudanic-Fulfude -	Fii yo on heɓu balal e ko yowitii e haala Pular noddee e oo numero ɗoo 1-877-602-3862. Njodi woo fawaaki on.
Swahili -	Ukihitaji usaidizi katika lugha ya Kiswahili piga simu kwa 1-877-602-3862 bila malipo.
Syriac -	ܐܢ ܬܨܠܝܢ ܐܢ ܡܬܪܓܡܢܐ ܕܠܫܢܐ ܐܪܡܝܐ ܬܬܨܠܘ ܥܡ ܡܠܦܢܐ ܕܠܝܬܗ ܕܠܐ ܡܚܝܐܢܐ 1-877-602-3862 ܐܡܬܝܢ.
Tagalog -	Para sa tulong sa wika na nasa Tagalog, tawagan ang 1-877-602-3862 nang walang bayad.
Telugu -	భాషతో సాయం కొరకు ఎలాంటి ఖర్చు లేకుండా 1-877-602-3862 కు కాల్ చేయండి. (తెలుగు)
Thai -	สำหรับความช่วยเหลือทางด้านภาษาเป็น ภาษาไทย โทร 1-877-602-3862 ฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย
Tongan -	Kapau ‘oku fiema'u hā tokoni ‘i he lea faka-Tonga telefoni 1-877-602-3862 ‘o ‘ikai hā ōtōngi.
Trukese -	Ren áninnisin chiakú ren (Kapasen Chuuk) kopwe kékkééri 1-877-602-3862 nge esapw kamé ngonuk.
Turkish -	(Dil) çağrısı dil yardım için. Hiçbir ücret ödemeden 1-877-602-3862.
Ukrainian -	Щоб отримати допомогу перекладача української мови, зателефонуйте за безкоштовним номером 1-877-602-3862.
Urdu -	اردو کے لئے مفت مدد کے لئے 1-877-602-3862 پر فون کریں
Vietnamese -	Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng (ngôn ngữ), hãy gọi miễn phí đến số 1-877-602-3862.
Yiddish -	פאר שפּראַך הילף אין אידיש רופט 1-877-602-3862 פריי פון אָפּצאָל.
Yoruba -	Fún ìrànlọwọ nípa èdè (Yorùbá) pe 1-877-602-3862 lái san owó kankan rárá.