

# Información importante para el consumidor\* Massachusetts

**Miembros de los planes HMO, Aetna Open Access®, Aetna Choice® POS, USAccess® y QPOS®**

## **AVISO SOBRE ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE**

Esta declaración se brinda en cumplimiento con las leyes del Commonwealth de Massachusetts. El presente documento es solamente un resumen de algunas disposiciones del plan. Debe consultar la póliza, el acuerdo o certificado de cobertura de Aetna\*\* para determinar las disposiciones vigentes contractuales que aplican. Los miembros pueden contactar a Aetna al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

## **TERMINACIÓN DE LA COBERTURA**

Se puede cancelar la cobertura del miembro o denegar su renovación solamente en las siguientes circunstancias:

1. Falta de pago de acuerdo con el contrato, por parte del miembro o del tercero responsable de los pagos;
2. Declaración falsa o fraude por parte del miembro;
3. Comportamiento abusivo del miembro, abuso tanto físico como verbal que represente peligro para los proveedores médicos u otros miembros de Aetna, y que no tengan relación con el estado físico o mental del miembro;
4. Mudanza del miembro a un área distinta al área de servicio de Aetna;
5. Falta de renovación o cancelación del contrato de en virtud del cual el miembro recibe cobertura; o
6. Que el miembro deje de reunir los requisitos de elegibilidad de acuerdo con el contrato.

\*Los mandatos estatales no corresponden para planes autofinanciados. Si usted no está seguro de si su plan es autofinanciado, por favor consulte a su administrador de beneficios.

\*\*"Aetna" es la marca utilizada para los productos y servicios provistos por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna.

## **PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS/QUEJAS Y APELACIONES**

### **PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS**

El reclamo ocurre siempre que un miembro o el representante autorizado del miembro pida autorización previa, según lo requiera el plan de Aetna, una referencia médica de un proveedor que pertenece a la red, según lo requiera el plan, o solicite pago por servicios o tratamiento recibidos. Como miembro de Aetna, la mayoría de los reclamos no requiere la presentación de formularios. Sin embargo, si un miembro recibe una cuenta por beneficios cubiertos, la cuenta debe ser enviada de inmediato a Aetna para su pago. Envíe la cuenta desglosada para pago con el número de identificación del miembro claramente marcado a la dirección indicada en la tarjeta de identificación del miembro.

Aetna tomará una decisión con relación al reclamo del miembro. Para reclamos de atención urgente y reclamos previos al servicio, Aetna enviará al miembro notificación de la determinación por escrito, ya sea adversa o no.

Aetna tomará una determinación inicial de revisión de uso con relación a la admisión, procedimiento o reclamo de servicio propuesto en el plazo de dos (2) días hábiles de haber obtenido toda la información necesaria. La información necesaria incluirá los resultados de toda evaluación clínica cara a cara o segunda opinión que pueda requerirse. En caso de una determinación para aprobar una admisión, procedimiento o servicio de revisión de uso, Aetna notificará al proveedor que presta el servicio, por teléfono, dentro de las 24 horas, y proporcionará confirmación por escrito o electrónica de la notificación telefónica al miembro y al proveedor dentro de los dos (2) días hábiles siguientes.

Aetna tomará una determinación de revisión de uso concurrente en el plazo de un (1) día hábil de haber obtenido toda la información necesaria. En el caso de una determinación para aprobar un reclamo concurrente, Aetna notificará al proveedor que presta el servicio, por teléfono, en el plazo de un (1) día hábil, y proporcionará confirmación por escrito o electrónica al miembro y al proveedor en el plazo de un (1) día a partir de la confirmación telefónica. La notificación por escrito o electrónica incluirá el número de días de prolongación o la próxima fecha de revisión, el nuevo número total de días o servicios aprobados y la fecha de admisión o iniciación de servicios.

Para otros tipos de reclamos, el miembro podrá recibir una notificación apenas si Aetna tomará una determinación adversa.

El miembro puede llamar a Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación para determinar el estado o resultado de decisiones de revisión de uso.

## **DETERMINACIONES ADVERSAS**

Las determinaciones adversas son decisiones tomadas por Aetna que resultan en la denegación, reducción o terminación de un beneficio o de la suma pagada por el mismo. La determinación adversa también significa la decisión de no proporcionar un beneficio o servicio. Las determinaciones adversas pueden efectuarse por uno o más de los siguientes motivos:

- Revisión de uso del plan. Aetna determina que el servicio o suministro no es médicamente necesario, o que es un procedimiento experimental o de investigación.
- Sin cobertura. Aetna determina que un servicio o suministro no está cubierto por el plan. Un servicio o suministro no está cubierto si no está incluido en la lista de beneficios cubiertos.
- Un servicio o suministro no cuenta con cobertura; o
- Se ha alcanzado una limitación de Aetna; o
- Elegibilidad. Aetna determina que el suscriptor o los dependientes cubiertos del suscriptor no son elegibles para cobertura médica.

La notificación por escrito de una determinación adversa incluirá un justificativo clínico sustantivo que sea compatible con los principios de aceptación general en la práctica profesional de la medicina y, como mínimo, también proporcionará la siguiente información importante que ayudará al miembro a presentar una apelación de la determinación adversa, si el miembro así lo deseara:

- (a) identificación de la información específica sobre la que se basó la determinación adversa;

- (b) mención de los síntomas presentes o condición, diagnóstico e intervenciones de tratamiento del miembro, y los motivos específicos por los que dicha evidencia médica deja de cumplir con los criterios relevantes de revisión médica;
- (c) especificación de toda opción de tratamiento alternativo cubierta por Aetna, si la hubiere;
- (d) referencia e inclusión de directrices de práctica clínica aplicables y criterios de revisión; y
- (e) una descripción clara, concisa y completa del proceso de apelación interno formal de Aetna y los procedimientos para obtener una revisión externa, incluyendo el procedimiento para pedir una revisión externa acelerada.

Las notificaciones por escrito de una determinación adversa serán proporcionadas al miembro dentro de los siguientes plazos. Bajo ciertas circunstancias, dichos plazos podrán prolongarse. Por favor, vea la sección "Quejas y apelaciones" de este Certificado para más información sobre apelaciones.

## REVISIÓN DE USO DEL PLAN

Plazos de Aetna para notificación de una determinación adversa de revisión de uso del plan	
Tipo de reclamo	Plazo de Aetna para notificación de una determinación adversa de beneficio
<b>Reclamo de atención urgente.</b> Un reclamo de atención médica o tratamiento, donde una demora podría poner en peligro grave la vida o salud del miembro, la capacidad del miembro de recuperar función máxima o causar al miembro dolor tan fuerte que no pueda ser manejado adecuadamente sin la atención o tratamiento solicitado.	Llame al proveedor dentro de las 24 horas.  Se proporciona la confirmación por escrito o electrónica de la llamada al miembro y al proveedor dentro de 1 día hábil después de la llamada inicial.
<b>Servicio, procedimiento o internación propuesto.</b> Un reclamo para un beneficio que requiere autorización previa del beneficio antes de obtener atención médica.	Llame al proveedor dentro de las 24 horas.  Se proporciona la confirmación por escrito o electrónica de la llamada al miembro y al proveedor dentro de 1 día hábil después de la llamada inicial.
<b>Prórroga de reclamo de atención médica concurrente.</b> Una solicitud de prórroga de un curso de tratamiento con autorización previa anterior de Aetna.	Llame al proveedor dentro de las 24 horas.  Se proporciona la confirmación por escrito o electrónica de la llamada al miembro y al proveedor dentro de 1 día hábil después de la llamada inicial. Se continuará el servicio sin responsabilidad por parte del miembro, hasta que el miembro sea notificado de la determinación.
<b>Reducción o terminación de reclamo de atención médica concurrente.</b> Una decisión de reducir o terminar un curso de tratamiento con autorización previa anterior de Aetna.	Llame al proveedor dentro de las 24 horas.  Se proporciona la confirmación por escrito o electrónica de la llamada al miembro y al proveedor dentro de 1 día hábil después de la llamada inicial. Se continuará el servicio sin responsabilidad por parte del miembro, hasta que el miembro sea notificado de la determinación.
<b>Reclamo posterior al servicio.</b> Un reclamo por un beneficio que no es un reclamo anterior al servicio, procedimiento o internación presupuesto.	Dentro de los 30 días calendarios.

Aetna dará al proveedor tratante de un miembro la oportunidad de pedir la reconsideración de una determinación adversa de revisión de uso, a ser revisada por un comité de expertos médicos en todo caso de determinación inicial o determinación de revisión concurrente. El proceso de reconsideración ocurrirá en el plazo de un (1) día hábil a partir de haberse recibido la solicitud y será realizado entre el proveedor que presta el servicio y el comité de expertos médicos o un experto médico designado por el comité de expertos médicos, si el

revisor no estuviera disponible en el plazo de un (1) día hábil. Si el proceso de reconsideración no revierte la determinación adversa de revisión de uso, el miembro, o el proveedor en nombre del miembro, podrá utilizar el proceso de apelación. El proceso de reconsideración no será un requisito previo para el proceso de apelación o apelación acelerada.

## REVISIÓN DE NO USO DEL PLAN

Plazos de Aetna para notificación de una determinación adversa de revisión de no uso del plan	
Tipo de reclamo	Plazo de Aetna para notificación después de haber recibido el reclamo
<b>Reclamo de atención urgente.</b> Un reclamo de atención médica o tratamiento, donde una demora podría poner en peligro grave la vida o salud del miembro, la capacidad del miembro de recuperar función máxima o causar al miembro dolor tan fuerte que no pueda ser manejado adecuadamente sin la atención o tratamiento solicitado.	Lo antes posible, pero no más allá de las 72 horas.
<b>Reclamo anterior al servicio.</b> Un reclamo para un beneficio que requiere autorización previa del beneficio antes de obtener atención médica.	Dentro de los 15 días calendarios.
<b>Prórroga de reclamo de atención médica concurrente.</b> Una solicitud de prórroga de un curso de tratamiento con autorización previa anterior de Aetna.	Si se trata de un reclamo para atención médica urgente, lo antes posible, pero no más allá de las 24 horas.  De lo contrario, dentro de los 15 días calendarios.
<b>Reducción o terminación de reclamo de atención médica concurrente.</b> Una decisión de reducir o terminar un curso de tratamiento con autorización previa anterior de Aetna.	Con suficiente aviso previo para permitir al miembro apelar.
<b>Reclamo posterior al servicio.</b> Un reclamo por un beneficio que no sea un reclamo anterior al servicio.	Dentro de los 30 días calendarios.

## QUEJAS Y APELACIONES

Aetna tiene procedimientos para que los miembros sigan si están disconformes con una decisión tomada por Aetna o con el funcionamiento de Aetna. El procedimiento que el miembro debe seguir dependerá del tipo de asunto o problema que el miembro tenga.

- **Petición.** La petición es cualquier comunicación que no haya sido objeto de una determinación adversa y que pida que se vuelva a tratar o pida una acción, omisión o política de Aetna.
- **Apelación.** La apelación es un pedido a Aetna para que reconsidere una queja o determinación adversa. El procedimiento de apelación para una queja o determinación adversa tiene dos niveles.

- **Queja.** La queja es una petición que no ha sido explicada o resuelta a satisfacción del miembro dentro de los tres (3) días hábiles de la petición o cualquier asunto relacionado con una determinación adversa.

### A. PETICIONES

El proceso de petición es el proceso anterior al proceso de queja, durante el cual Aetna puede intentar responder a preguntas y/o resolver inquietudes comunicadas en nombre del miembro en el plazo de tres días hábiles, a satisfacción del miembro. Este proceso no será utilizado para la revisión de una determinación adversa, cuya revisión se realiza por medio del proceso de apelación.

Aetna se ocupará de las peticiones con la mayor prontitud posible y tendrá una respuesta telefónica dentro de las 24 horas. El miembro cuya petición no haya sido explicada o resuelta a satisfacción del miembro dentro de los 3 días hábiles de la petición, tiene derecho a que su petición sea procesada como queja, a su opción, incluyendo la reducción de una petición oral a una por escrito por Aetna, acuse de recibo por escrito y resolución por escrito de la queja.

Aetna conserva registros de cada petición comunicada por un miembro, o en nombre del miembro, y cada respuesta a la misma, por un período mínimo de dos (2) años. Estos registros están sujetos a inspección por el Comisionado de Seguros y el *Department of Public Health* (Departamento de Salud Pública).

## B. QUEJAS

Si una petición no se resuelve en el plazo de tres días hábiles, o si el miembro está disconforme con los servicios administrativos que recibe de Aetna, o desea quejarse sobre un proveedor que pertenece a la red, debe llamar o escribir a Servicios al Miembro dentro de los 30 días calendarios del incidente. El miembro deberá incluir una descripción detallada del asunto e incluir copias de todo registro o documento que el miembro considere relevante. Aetna analizará la información y proporcionará una respuesta por escrito al miembro dentro de los 30 días calendarios de haber recibido la queja, a no ser que se necesite información adicional y no se la pueda obtener dentro de este plazo. La respuesta indicará al miembro lo que el mismo debe hacer para obtener una revisión adicional.

## C. APELACIONES

El miembro recibirá notificación por escrito sobre la queja o determinación adversa de Aetna. El aviso incluirá el motivo para la decisión y explicará los pasos que el miembro debe tomar si desea apelar. El aviso también identificará los derechos del miembro de recibir información adicional que pueda ser relevante para la apelación.

El miembro también podrá elegir que otra persona (un representante autorizado) presente una apelación en nombre del miembro, a través de consentimiento por escrito proporcionado a Aetna. Todos los derechos del miembro también se extienden al representante autorizado del miembro, el que incluye el guardián, conservador, apoderado, agente de atención médica de acuerdo con la ley, miembro de la familia u otra persona autorizada por el miembro por escrito o por ley con respecto a una apelación específica o revisión externa, siempre y cuando el miembro esté incapacitado de designar un representante, en el caso

en que se hubiera requerido la designación, un conservador, apoderado o miembro de la familia, en dicho orden de prioridad, podrá ser el representante del miembro o podrá designar otra parte responsable para actuar como representante autorizado del miembro. Si el representante autorizado es un proveedor médico, el miembro debe especificar una persona nombrada que actuará en nombre del representante autorizado y un número de teléfono para dicha persona.

Las solicitudes de apelación deben ser realizadas por teléfono, en persona, por correo o por medios electrónicos dentro de los 180 días calendarios de la fecha de la notificación. Las apelaciones orales realizadas por el miembro, o el representante autorizado, serán colocadas por escrito por Aetna, y Aetna enviará una copia al miembro dentro de las 48 horas de haberla recibido, a no ser que se anule o prolongue este plazo por acuerdo mutuo por escrito entre el miembro o el representante autorizado del miembro y Aetna. Se enviará al miembro o al representante autorizado del miembro, si lo hubiere, un acuso de recibo de una apelación, por escrito, dentro de los 15 días hábiles de dicho recibo, a no ser que la apelación oral haya sido colocada por escrito por Aetna o que este plazo sea anulado o prolongado por acuerdo mutuo por escrito entre el miembro o el representante autorizado del miembro y Aetna.

El miembro puede contactar a Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación, para solicitar asistencia en la resolución de quejas formales. El miembro también puede contactar a la Oficina de Protección de Pacientes (*Office of Patient Protection*) a través de su número de teléfono sin cargo (1-800-436-7757), fax (1-617-624-5046) o a través de su sitio de Internet ([www.state.ma.us/dph/opp](http://www.state.ma.us/dph/opp)).

Aetna cuenta con dos niveles de apelación, además de una opción de pedir una revisión externa o arbitraje externo. El proceso de apelación de dos niveles puede completarse dentro de los 30 días hábiles, sin importar el número de niveles en el proceso. Cuando una apelación requiera la revisión de registros médicos, el período de 30 días hábiles no comenzará a correr hasta que el miembro, o el representante autorizado del miembro, presente una autorización firmada para la divulgación de registros médicos e información de tratamiento. Si el miembro, o el representante autorizado del miembro, si lo hubiere, no proporcionara la autorización firmada dentro de los 30 días hábiles de haber recibido la apelación, Aetna podrá, a su criterio, emitir una resolución de la apelación sin revisión de algunos o todos los registros médicos.

En por lo menos un nivel de revisión de la apelación, la apelación será revisada con la participación de una persona que sea un profesional que practique activamente la medicina en la misma especialidad o similar que típicamente trate la condición médica, realice el procedimiento o proporcione el tratamiento objeto de la apelación. El miembro debe completar los dos niveles de revisión de Aetna antes de iniciar un proceso judicial contra Aetna. Todo segundo nivel de

apelación es estrictamente voluntario y no es un requisito previo para presentar una apelación externa a la Oficina de Protección de Pacientes. Si el miembro decide apelar al segundo nivel, la solicitud debe ser presentada por escrito dentro de los 60 días calendarios de la fecha de la notificación.

El cuadro siguiente resume algunas informaciones sobre cómo se manejan las apelaciones para distintos tipos de reclamos.

<b>Plazos de Aetna para responder a una apelación</b> <b>Refiérase a la sección C para información sobre ciertos tipos de reclamos que pueden ser elegibles para el proceso acelerado de apelaciones.</b>		
<b>Tipo de reclamo</b>	<b>Apelación de nivel uno Respuesta de Aetna para apelaciones de nivel uno después de haber recibido la apelación</b>	<b>Apelación de nivel dos Respuesta de Aetna para apelaciones de nivel dos después de haber recibido la apelación</b>
<b>Reclamo de atención urgente.</b> Un reclamo de atención médica o tratamiento, donde una demora podría poner en peligro grave la vida o salud del miembro, la capacidad del miembro de recuperar función máxima o causar al miembro dolor tan fuerte que no pueda ser manejado adecuadamente sin la atención o tratamiento solicitado.	Dentro de las 36 horas  Revisión proporcionada por personal de Aetna no involucrado en la queja o decisión adversa tomada.	Dentro de las 36 horas  Revisión proporcionada por el Comité de Apelaciones de Aetna.
<b>Reclamo anterior al servicio.</b> Un reclamo para un beneficio que requiere autorización previa del beneficio antes de obtener atención médica.	Dentro de los 15 días calendarios  Revisión proporcionada por personal de Aetna no involucrado en la queja o decisión adversa tomada.	Dentro de los 15 días calendarios  Revisión proporcionada por el Comité de Apelaciones de Aetna.
<b>Prórroga de reclamo de atención médica concurrente.</b> Una solicitud de prórroga de un curso de tratamiento con autorización previa anterior de Aetna.	Tratado como un reclamo de atención médica urgente o un reclamo anterior al servicio, dependiendo de las circunstancias.	Tratado como un reclamo de atención médica urgente o un reclamo anterior al servicio, dependiendo de las circunstancias.
<b>Reclamo posterior al servicio.</b> Un reclamo por un beneficio que no sea un reclamo anterior al servicio.	Dentro de los 30 días calendarios. <b>Revisión de nivel uno</b> proporcionada por personal de Aetna no involucrado en la queja o decisión adversa tomada. <b>Revisión de nivel dos</b> proporcionada por el Comité de Apelaciones de Aetna.	

Los plazos indicados arriba pueden ser anulados o prolongados por acuerdo mutuo por escrito entre el miembro o el representante autorizado del miembro y Aetna. Todo acuerdo de este tipo citará los plazos adicionales, los que no serán superiores a 30 días hábiles a partir de la fecha del acuerdo. Si se requiriera información adicional y el miembro no estuviera de acuerdo con una prolongación, Aetna tomará una decisión con base en la información disponible.

Si Aetna dejará de colocar por escrito una apelación oral y enviar una copia al miembro dentro de las 48 horas, dejara de proporcionar al miembro un acuse de recibo por escrito de una apelación dentro de los 15 días hábiles, o dejará de completar el proceso de apelación de dos niveles dentro de los 30 días hábiles, el resultado de la apelación será a favor del miembro. Los plazos incluyen toda prolongación realizada por acuerdo mutuo por escrito entre el miembro, el representante autorizado del miembro, si lo hubiere, y Aetna.

La notificación por escrito citando los resultados de la apelación de la determinación adversa incluirá un justificativo clínico sustantivo que sea compatible con los principios de aceptación general de la práctica médica profesional y, como mínimo, contendrá:

- (a) identificación de la información específica sobre la que se basó la queja o determinación adversa;
- (b) mención de los síntomas presentes o condición, diagnóstico e intervenciones de tratamiento del miembro, y los motivos específicos por los que dicha evidencia médica deja de cumplir con los criterios relevantes de revisión médica;
- (c) especificación de toda opción de tratamiento alternativa cubierta por Aetna, si la hubiere;
- (d) referencia e inclusión de directrices de práctica clínica aplicables y criterios de revisión; y
- (e) notificación al miembro o al representante autorizado del miembro de los procedimientos para pedir una revisión externa, incluyendo el procedimiento para pedir una revisión externa acelerada.

Si se presenta una apelación con relación a la cancelación de cobertura o tratamiento en curso, la cobertura o tratamiento disputado permanecerá en efecto, a cargo de Aetna, a lo largo del proceso de apelación interna, sin importar la decisión original de apelación interna. La cobertura o tratamiento en curso incluye sólo la atención médica que, al iniciarse, estaba autorizada por Aetna y no incluye atención médica cancelada de acuerdo con una exclusión relacionada con un tiempo o episodio específico, del contrato de beneficios del miembro.

El miembro y/o representante autorizado podrá asistir al nivel dos de la audiencia de apelación e interrogar al representante de Aetna o cualquier otro testigo, y presentar su caso. La audiencia será informal. El miembro podrá traer su médico u otros expertos para atestiguar. Aetna también tiene derecho a presentar testigos.

#### **D. PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN ACELERADA DE APELACIONES**

1. En el caso de que el miembro esté internado en un hospital, el miembro recibirá una resolución por escrito de una revisión acelerada, y la opción de requerir la continuación de los servicios médicos, de la apelación antes de su alta del hospital. Si la revisión acelerada tiene como resultado una determinación adversa de beneficios con relación a la continuación de atención con internación, la resolución por escrito debe informar al miembro o al representante autorizado del miembro de la opción de pedir una revisión externa acelerada.
2. Si la apelación es de naturaleza urgente o de emergencia, y el médico cree que la denegación de cobertura para un servicio médicamente necesario causaría daños graves al miembro, un director médico de Aetna revisará el asunto lo antes posible o dentro de las 48 horas, y comunicará su decisión por teléfono al miembro.
3. Disposiciones sobre la reversión automática de decisiones que nieguen la cobertura de servicios o equipo médico durable, mientras se espera el resultado de un proceso de apelaciones, dentro de las 48 horas, [o menos en el caso de equipo médico durable; por opción del médico responsable del tratamiento o del tratamiento propuesto para el paciente cubierto,] del recibo de certificación de dicho médico de que, a criterio del médico:
  - a. el servicio o uso del equipo médico durable en cuestión en la apelación es médicamente necesario; la denegación de cobertura de dichos servicios o equipo médico durable crearía un riesgo substancial de daños graves al miembro; y
  - b. que dicho riesgo de daños graves es tan inmediato que el suministro de dichos servicios o equipo médico durable no debe esperar el resultado del proceso normal de apelaciones.

Las disposiciones requieren que, en el caso de que el médico haga una reversión automática para cobertura del equipo médico durable antes de las 48 horas, el médico certifique el daño específico, inmediato y grave que el miembro sufrirá por la falta de acción dentro del plazo de 48 horas.

4. En el caso de que el miembro tuviera una enfermedad terminal, se completará una revisión acelerada de la apelación dentro de los 5 días de haber recibido la apelación.

Si el proceso de revisión acelerada confirma la denegación de cobertura a un miembro con una enfermedad terminal, Aetna debe, proporcionar al miembro dentro de los 5 días hábiles de la decisión:

- a. una declaración que incluya los motivos médicos y científicos específicos sobre los que se basa la denegación de la cobertura;
- b. una descripción de los tratamientos, servicios o suministros alternativos que están cubiertos por Aetna, si los hubiera; y
- c. el procedimiento para que el miembro solicite una conferencia.

Aetna dará fecha para la conferencia dentro de los 10 días de haber recibido la solicitud de conferencia del miembro; en la conferencia, la información proporcionada al miembro de acuerdo con las disposiciones (a) y (b) más arriba será revisada por el miembro y un representante de Aetna con autoridad para determinar el resultado de la apelación. Aetna permitirá en la conferencia la presencia del miembro, una persona designada por el miembro o ambos, o, si el miembro fuera menor o incompetente, la presencia del padre, tutor o curador, según corresponda. La conferencia será realizada dentro de los 5 días hábiles si el médico tratante determinará, después de consulta con el director médico de Aetna o persona por él designada, y con base en la práctica médica estándar, que la eficacia del tratamiento, servicio o suministro propuesto, o cualquier tratamiento, servicio o suministro alternativo cubierto por Aetna sería reducido materialmente si no se lo provee con la mayor brevedad posible.

## **E. PROCESO DE REVISIÓN EXTERNA**

Un miembro que permanece insatisfecho con una determinación adversa y ha agotado por lo menos el nivel uno del proceso formal de apelaciones, puede solicitar otra revisión de la apelación por un panel de revisión establecido por la Oficina de Protección de Pacientes. La solicitud de la revisión externa debe realizarse dentro de los 45 días de haber recibido la determinación final adversa de Aetna. Para efectos de esta disposición, una determinación adversa se basa en la revisión de la información proporcionada por Aetna de negar, reducir, modificar o cancelar una internación, continuación de internación, o la disponibilidad de cualquier otro servicio médico, por dejar de satisfacer los requerimientos de cobertura con base a necesidad

médica, adecuación del establecimiento médico, del nivel de atención médica o su eficacia.

El miembro o el representante autorizado del miembro, si lo hubiera, puede solicitar que su solicitud de revisión sea procesada como una revisión externa acelerada.

1. Toda solicitud de revisión externa acelerada contendrá una certificación escrita por el médico donde se certifique que la demora en el suministro o continuación de los servicios médicos objeto de la determinación adversa final, representaría una amenaza grave e inmediata a la salud del miembro. Al encontrar que existe una amenaza grave e inmediata al miembro, la Oficina de Protección de Pacientes clasificará dicha solicitud como elegible para una revisión externa acelerada.
2. El miembro que solicite una revisión pagará una tasa de \$25.00 a la Oficina de Protección de Pacientes y dicho pago acompañará la solicitud de revisión. La tasa podrá ser anulada por dicha oficina, si la misma determina que el pago de la tasa pondría al miembro en dificultades financieras extremas.
3. El costo remanente de la revisión externa quedará a cargo de Aetna. Al finalizarse la revisión externa, la Oficina de Protección de Pacientes facturará a Aetna el valor establecido de acuerdo con el contrato entre el departamento y la agencia de revisión externa designada, menos la tasa de \$25.00, que es responsabilidad del miembro.
4. En conexión con cualquier solicitud de revisión externa, Aetna asegurará al miembro y, si correspondiera, al representante autorizado del miembro, acceso a toda la información y expedientes médicos relacionados con el asegurado que esté en manos de Aetna o bajo el control del mismo.
5. La solicitud de revisión presentada por el miembro o el representante autorizado del miembro:
  - (a) será hecha en un formulario prescrito por el Departamento;
  - (b) incluirá la firma del miembro o del representante autorizado del miembro consintiendo a la divulgación de información médica;
  - (c) incluirá una copia de la determinación adversa final por escrito emitida por Aetna; e
  - (d) incluirá la tasa requerida de \$25.

6. Si el asunto objeto de la revisión externa comprendiera la discontinuidad de los servicios vigentes, el miembro puede apelar al panel de revisión externa para intentar lograr la continuación de la cobertura mientras se espera la revisión. Todo pedido de este tipo debe ser realizado antes del fin del segundo día hábil a partir del recibo de la determinación adversa final. El panel de revisión puede ordenar que se continúe la cobertura o tratamiento, si determina que la interrupción de la cobertura, o cualquier otra causa válida según el mismo podría resultar en daños sustanciales para la salud del miembro. Toda continuación de cobertura será a expensas de Aetna, independientemente de la determinación final de la revisión externa.

7. La decisión del panel de revisión será obligatoria.

La Oficina de Protección de Pacientes, establecida por el *Department of Public Health* (Departamento de Salud Pública), es responsable por la administración y cumplimiento de ciertas exigencias de cuidados administrados de Massachussets. El miembro puede obtener los formularios necesarios llamando a la Oficina de Protección de Pacientes a su número de teléfono sin cargo (1-800-436-7757), fax (1-617-624-5046) o a través de su sitio de Internet ([www.state.ma.us/dph/opp](http://www.state.ma.us/dph/opp)). El miembro también puede contactar la Oficina de Protección de Pacientes para obtener un informe para el año calendario anterior, con el detalle de:

- (a) una lista de fuentes de información publicadas de forma independiente, evaluando la satisfacción de los asegurados y la calidad de los servicios médicos ofrecidos por Aetna;
- (b) el porcentaje de médicos que voluntaria e involuntariamente finalizaron sus contratos de participación con la aseguradora durante el año calendario anterior para el que se hayan compilado dichos datos, y los tres motivos más comunes para la baja voluntaria e involuntaria de médicos;
- (c) el porcentaje de ingresos provenientes del pago de primas que la aseguradora gastó en servicios médicos para los asegurados para el año más reciente del que se posea dicha información; y
- (d) un informe para el año calendario anterior, detallando el número total de:
  1. apelaciones presentadas, apelaciones que fueron aprobadas internamente, apelaciones que fueron denegadas internamente, y apelaciones que fueron retiradas antes de su resolución; y

2. apelaciones externas presentadas después de haberse agotado el proceso interno de apelaciones y la resolución de dichas apelaciones.

## F. RETENCIÓN DE REGISTROS

Aetna retendrá los registros de todas las quejas y apelaciones por un período mínimo de 7 años.

## G. TARIFAS Y COSTOS

Nada de lo contenido en el presente documento deberá interpretarse como obligación de que Aetna pague las tarifas de asesoramiento u otras tarifas o costos en los que incurra un miembro al llevar a cabo una queja o apelación.

Nota: La siguiente sección bajo el título "Resolución de disputas" ha sido agregada al Certificado:

## RESOLUCIÓN DE DISPUTAS

Toda controversia, disputa o reclamo entre Aetna por un lado y una o más partes interesadas por otro que surjan de o estén asociadas al Acuerdo de Grupo, si es expresado en el agravio, en un contrato, en una ley, en un reclamo de beneficios, por mala fe, por responsabilidad profesional o de otra forma ("reclamo"), se dirimirán mediante arbitraje confidencial vinculante administrado por la Asociación Estadounidense de Arbitraje o AAA (*American Arbitration Association*) ante un único árbitro ("árbitro"). El juicio sobre la recompensa otorgada por el árbitro (la "recompensa") puede llevarse a cabo por cualquier tribunal que tenga jurisdicción sobre el mismo. Si la AAA declina administrar el caso y las partes no llegan a un acuerdo sobre un administrador alterno, se nombrará un solo Árbitro a solicitud ante un tribunal que tenga jurisdicción. Por la presente, Aetna y las partes interesadas declinan su derecho de que sus reclamos se decidan en un tribunal ante un jurado.

Cualquier reclamo que alegue actos ilegales u omisiones de prestadores de servicios médicos participantes en la red o no participantes, no incluirá a Aetna. Un miembro debe agotar todo procedimiento de queja, apelación y revisión externa independiente antes de comenzar un arbitraje comprendido dentro del presente. Ninguna persona podrá ser resarcida por daños que surjan de o estén asociados a la falta de aprobación o de suministro de algún beneficio o cobertura fuera del pago o la cobertura del beneficio o la cobertura donde (i) Aetna ha dispuesto una revisión externa independiente y (ii) Aetna ha respetado la decisión del revisor. No se resarcirán daños punitivos como parte de un reclamo, bajo ninguna circunstancia. Ninguna parte interesada puede participar en calidad de representante ni como miembro de ninguna clase en ningún procedimiento que surja de o esté asociado al Acuerdo de Grupo. Este

acuerdo de arbitraje será específicamente cumplido, incluso si una de las partes del arbitraje fuera también parte de otro procedimiento con un tercero que surja del mismo problema.

## PROGRAMAS DE CONTROL DE CALIDAD

Aetna ha desarrollado un programa amplio de mejora de calidad que observa estrictamente la medición de la calidad y de la mejora, diseñado para identificar y responder a las inquietudes médicas de nuestros miembros. Entre nuestras iniciativas orientadas hacia la calidad se incluyen:

1. Monitoreo de rutina de la calidad de los servicios y atención, incluyendo:
  - La realización de auditorías de revisión de planillas médicas en el consultorio;
  - Revisión por parte del director médico, de los patrones de utilización por el miembro, para determinar la existencia de condiciones agudas y crónicas, así como la necesidad de programas de manejo de enfermedades;
  - Programas amplios para el aprovechamiento de los beneficios del plan y manejo de casos;
  - Análisis de resultados de encuestas que evalúan el nivel de satisfacción de los miembros y de los proveedores médicos; y
  - Análisis periódico de la disponibilidad de los proveedores médicos y el acceso a los mismos.
2. Certificación y recertificación rigurosa de los proveedores médicos, así como la contratación de médicos y centros médicos con base a la calidad de su desempeño profesional.
3. Adopción y uso de directrices de práctica, incluyendo recomendaciones de atención médica preventiva.
4. Programas de promoción de la salud y bienestar que buscan identificar a los miembros que pudieran ser de alto riesgo, y ofrecen incentivos a los miembros que participen y logren alcanzar objetivos predeterminados en programas para la salud física, para dejar de fumar y para bajar de peso.
5. El uso de un sistema de rastreo automatizado para monitorear las quejas de los miembros. Estos programas ayudan a identificar oportunidades y mejorar los niveles de servicio.
6. Programas para monitorear y tratar la posibilidad de poco aprovechamiento de los servicios por parte del miembro, y de la denegación o demora en la prestación de los servicios necesarios.
7. Medir el desempeño profesional de los proveedores médicos para mejorar la calidad de la atención, evaluar los costos médicos para mejorar la relación entre costo y beneficio de la atención, y preparar productos sofisticados e integrados de información de datos para los clientes.
8. El programa de mejora de calidad recompensa a los médicos de familia por el puntaje obtenido en varias calificaciones que tienen el propósito de evaluar la calidad de la atención y los servicios que prestan a los miembros. Los consultorios de médicos de familia pueden recibir recompensas adicionales de forma mensual por cada miembro según los puntajes recibidos en una o más de las siguientes calificaciones del consultorio del médico de familia: satisfacción del miembro, porcentaje de miembros que visitan el consultorio por lo menos una vez al año, revisiones de expedientes médicos, la carga de enfermedad de los miembros que han seleccionado al médico de familia, manejo de enfermedades crónicas como el asma, la diabetes e insuficiencia cardiaca congestiva; si el médico acepta pacientes nuevos, y su participación en el programa de presentación de reclamos de pago y referencias médicas electrónicos de Aetna.
9. Evaluación anual del programa de mejora de calidad, incluyendo la revisión y acreditación voluntarias del *National Committee of Quality Assurance* o NCQA (Comité Nacional de Control de Calidad), una organización independiente, sin fines de lucro, dedicada a la evaluación y emisión de informes sobre la calidad de la atención y de los servicios prestados por organizaciones de cuidado de la salud administrado.

## PROCEDIMIENTOS EXPERIMENTALES O DE INVESTIGACIÓN

Procedimientos experimentales o de investigación son servicios o suministros que Aetna determine que son experimentales. Un medicamento, dispositivo, procedimiento o tratamiento será experimental si:

1. no hay suficientes datos disponibles sobre el resultado de ensayos clínicos controlados publicados en las revistas especializadas sobre el tema que apoyen su seguridad y efectividad para la enfermedad o lesión en cuestión, o
2. la necesaria aprobación de la FDA para su comercialización no ha sido concedida; o
3. si una sociedad médica o dental o una agencia reguladora nacional y reconocida ha decidido, por escrito, que es experimental o tiene fines de investigación;

4. el protocolo o protocolo(s) por escrito utilizados en el centro de tratamiento, o el protocolo o protocolo(s) de cualquier otro centro que estudie principalmente el mismo medicamento, dispositivo, procedimiento o tratamiento, o el consentimiento informado por escrito usado por el centro de tratamiento o por otro centro que estudie el mismo medicamento, dispositivo, procedimiento o tratamiento afirma que es experimental o tiene fines de investigación; o
  5. no es un beneficio comprobado para el diagnóstico o tratamiento específico de una condición específica de un miembro; o
    - (a) no cuenta con reconocimiento general de la comunidad médica como efectiva o apropiada para el diagnóstico o tratamiento específico de la condición específica de un miembro; o
    - (b) se ofrece o realiza en lugares especiales con propósitos de investigación.
- C. Se proporciona cobertura para todo miembro con enfermedad terminal y cuyo proveedor médico en conexión con dicha enfermedad reciba baja involuntaria de la red, excepto en el caso de baja por motivos relacionados con calidad o fraude, para continuar su tratamiento con dicho proveedor, de acuerdo con los términos del certificado, hasta el fallecimiento del miembro.
  - D. Se proporciona cobertura para servicios cubiertos por hasta 30 días a partir de la fecha inicial de vigencia de la cobertura, a un miembro nuevo, para servicios prestados por un proveedor que no pertenece a la red, si: (1) el empleador del miembro sólo ofrece al miembro una selección de aseguradoras en las que dicho médico no es un proveedor que pertenece a la red, y (2) dicho miembro se encuentra en tratamiento con el médico en cuestión o dicho médico es el médico de familia de dicho miembro. Con respecto a un miembro en su segundo o tercer trimestre de embarazo, dicha disposición corresponderá para los servicios prestados hasta la primera visita de posparto inclusive. Con respecto al miembro con una enfermedad terminal, esta disposición corresponderá para los servicios prestados hasta el fallecimiento del miembro.

## **CONTINUIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA**

- A. El HMO notificará al miembro por lo menos 30 días antes de que el médico de familia de dicho miembro deje de participar en la red. De acuerdo con los términos del certificado, el miembro puede continuar con cobertura para servicios médicos prestados por dicho médico de familia durante por lo menos 30 días a partir de la baja del médico, a menos que la baja se haya producido debido a motivos relacionados con la calidad o por fraude. Un miembro puede cambiar de médico de familia en cualquier momento, llamando al número de teléfono sin cargo de Servicios al Miembro que aparece en su tarjeta de identificación o presentando por escrito o vía electrónica el formulario de cambios de Aetna. Un miembro puede contactarse con Aetna para solicitar un formulario de cambios o para obtener ayuda para completar dicho impreso. El cambio tendrá vigencia a partir de que Aetna reciba y apruebe la petición.
- B. Se proporciona cobertura para todo miembro en su segundo o tercer trimestre de embarazo y cuyo proveedor médico asociado a su embarazo reciba baja involuntaria de la red, excepto en el caso de baja por motivos relacionados con calidad o fraude, para continuar su tratamiento con dicho proveedor, de acuerdo a los términos del certificado, hasta su primera visita de posparto e incluyendo la misma.
- E. Aetna puede condicionar la cobertura de continuación de tratamiento con un proveedor de acuerdo con los incisos A a D, inclusive, a que el proveedor acepte (1) reembolso de Aetna a las tarifas aplicables antes del aviso de baja, como pago completo y no imponga los gastos compartidos con el miembro por un valor superior a los gastos compartidos que hubieran correspondido si dicho proveedor no hubiera sufrido la baja; (2) adherir a las normas de garantía de calidad de Aetna y proveer a Aetna la información médica necesaria asociada a la atención proporcionada; y (3) adherir a las políticas y procedimientos de Aetna, incluyendo procedimientos relativos a las referencias médicas, autorizaciones previas y prestación de servicios de acuerdo con un plan de tratamiento, si lo hubiera, aprobado por Aetna. Ninguna parte de este inciso será interpretada como exigencia de cobertura médica que no hubieran contado con cobertura si el proveedor en cuestión hubiera seguido siendo un proveedor que pertenece a la red.

## MÉDICO ESPECIALISTA

Los beneficios cubiertos incluyen servicios ambulatorios y de internación. Si un miembro requiere atención continua de un especialista, el miembro puede recibir una referencia médica permanente para visitar a dicho especialista. Si el médico de familia, en consulta con un director médico de Aetna y un especialista apropiado, determina que es necesaria una referencia médica permanente, el médico de familia emitirá la referencia para el especialista. Esta referencia médica permanente deberá estar de acuerdo con un plan de tratamiento aprobado por el director médico de Aetna en consulta con el médico de familia, el especialista y el miembro. Se proporciona cobertura para atención pediátrica especializada, incluyendo cuidado de la salud mental, prestada por personas con experiencia reconocida en pediatría especializada, para los miembros que requieran dichos servicios.

## ACCESO DIRECTO A BENEFICIOS DE ESPECIALISTA

Los siguientes servicios cuentan con cobertura sin referencias médicas, siempre y cuando sean prestados por un proveedor que pertenece a la red:

1. Examen ginecológico de rutina. Visita ginecológica de rutina y un papanicolaou, así como evaluaciones médicamente necesarias y servicios médicos consecuencia de condiciones ginecológicas agudas o de emergencia. En el Certificado, se indica el número máximo de visitas.
2. Acceso libre a ginecólogos. Los beneficios se proporcionan a los miembros de sexo femenino por servicios realizados por un ginecólogo que pertenece a la red para el diagnóstico y tratamiento de problemas ginecológicos y la atención médica de maternidad.

## DATOS SOBRE LOS MÉDICOS

Se encuentra disponible información relativa a los médicos habilitados para practicar la medicina en Massachusetts en el *Massachusetts Board of Registration in Medicine* (Consejo de Matriculación Médica de Massachusetts).

## DIRECTRICES CLÍNICAS Y CRITERIOS DE REVISIÓN DE USO DEL PLAN

Aetna utiliza una amplia gama de directrices y criterios desarrollados con fines comerciales y que tienen reconocimiento nacional, directrices internas del desarrollo, herramientas de referencia y bibliografía médica publicada como referencia para ayudar a determinar el nivel adecuado de cobertura para servicios.

Aetna no exigirá copagos, coseguros o deducibles mayores, o acuerdos adicionales de gastos compartidos para los servicios de acceso directo proporcionados al miembro en la ausencia de una referencia médica del médico de familia.

Los criterios de revisión son analizados, actualizados y adoptados por comités de calidad locales, formados por médicos practicantes en la comunidad y personal del plan médico. Estos se reúnen como mínimo una vez por año, con mayor frecuencia si fuera posible.

Estos criterios pueden incluir:

- *The Milliman Care Guidelines™*.
- Criterios de *InterQual®* ISD.
- Experiencia de la Región Oeste con las Directrices para la Duración de Estadía de HCIA (*Western Region Experience of HCIA's Length of Stay (LOS) Guidelines*).
- Boletines de la política clínica elaborados por Aetna.
- Herramienta de Evaluación de Nivel de Atención (*Level of Care Assessment Tool, LOCAT*)
- Sociedad Americana de Directrices de Manejo de Pacientes de la Medicina Adictiva, Directrices de Colocación de Pacientes (*American Society of Addictive Medicine Patient Management Patient Placement Guidelines, ASAM*).
- Políticas y procedimientos internos de Aetna.

## SERVICIOS DE INTÉRPRETES Y DE TRADUCCIÓN

Un miembro puede contactar a Servicios al Miembro en el número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación para obtener información sobre los servicios de interpretación y traducción disponibles con relación a los procedimientos administrativos. También hay un número TDD disponible (número para personas con impedimentos auditivos).

## BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA O URGENTE

Un miembro tiene la opción de llamar al sistema de servicios médicos local para emergencias pre-hospitalarias, marcando el número de teléfono de emergencias 911, o su equivalente local, cuando el miembro se encuentre con una condición médica de emergencia que, a juicio de una persona prudente, requeriría servicios de emergencia pre-hospitalarios. No se debe desincentivar el uso por el miembro del sistema local de servicios médicos de emergencia pre-hospitalarios, o sea, el número de teléfono 911 o su equivalente local.

El transporte médico para una condición médica de emergencia cuenta con cobertura.

El miembro debe notificar a su médico de familia, lo antes posible, de un tratamiento de emergencia o de atención urgente. El aviso a Aetna, a la persona designada o el médico de familia proporcionado por el médico que atiende en la emergencia será suficiente para cumplir con este requisito.

## PLAN DE BENEFICIOS MÉDICOS

Su plan de beneficios médicos será determinado por el patrocinador de su plan. Los servicios cubiertos incluyen la mayoría de los tipos de tratamiento que proporcionan los médicos de familia, especialistas y hospitalares. Sin embargo, el plan médico excluye y/o tiene límites para la cobertura de algunos servicios que incluyen pero no se limitan a, cirugía estética y a los procedimientos experimentales. A fin de estar cubiertos, todos los servicios, incluyendo el lugar de tratamiento (tipo de centro médico), la duración y los costos de los servicios, deben ser **médicamente necesarios** según la definición a seguir y por determinación de Aetna. El presente documento proporciona pautas generales sobre los planes médicos de Aetna. Para una descripción completa de los beneficios que están disponibles para usted, incluyendo procedimientos, exclusiones y limitaciones, consulte los documentos específicos de su plan que pueden incluir el Listado de Beneficios, Certificado de Cobertura, Acuerdo de Grupo, Certificado de Seguro de Grupo, Póliza de Seguro de Grupo y todas las cláusulas y enmiendas correspondientes a su plan.

## PARTICIPACIÓN DEL MIEMBRO EN LOS COSTOS

Los miembros son responsables de todo copago, coseguro y deducible para los servicios que están cubiertos. Dichas obligaciones se pagan directamente al proveedor médico o centro en el momento de la prestación del servicio. Las sumas de copago, coseguro y deducible están enumerados en su resumen de beneficios y documentos del plan.

## PAPEL QUE DESEMPEÑAN LOS MÉDICOS DE FAMILIA (“PCP”)

Para la mayoría de los planes HMO, los miembros deben elegir un médico de familia (PCP) que pertenece a la red. El PCP puede brindar atención médica primaria, así como coordinar su atención general. Los miembros deben consultar a su PCP cuando se encuentren enfermos o estén heridos para que ayude a determinar el tipo de atención que necesitan. Su PCP debe emitir las referencias médicas para la cobertura de ciertos servicios de especialistas y de la atención en centros. Para algunos servicios, se requiere que el PCP obtenga autorización previa de Aetna. Con la excepción de los beneficios descritos en los documentos del plan como beneficios de

acceso directo, de los planes con autorreferencia médica a proveedores que pertenecen a la red (*Aetna Open Access* o *Aetna Choice POS*), de los planes que incluyen beneficios para servicios de proveedores que no pertenecen a la red (*Aetna Choice POS*, *USAccess* o *QPOS*), o en una emergencia, los miembros deben obtener una referencia médica de su PCP antes de buscar atención cubierta que no sea de emergencia de un especialista o en un hospital. Consulte los documentos de su plan para más detalles.

## POLÍTICA DE REFERENCIAS MÉDICAS

Es importante recordar los siguientes puntos sobre las referencias médicas:

- Una referencia médica es la forma en que el PCP del miembro hace arreglos para que el miembro esté cubierto para atención médica especializada y tratamiento de seguimiento adecuados y necesarios.
- El miembro debe hablar con su PCP acerca de las referencias médicas para entender cuáles son los servicios de especialista que recomienda y porqué.
- Si el especialista recomienda tratamientos o pruebas adicionales que sean beneficios cubiertos, es posible que el miembro deba obtener otra referencia médica de su PCP antes de recibir estos servicios. Si el miembro no obtiene otra referencia médica por estos servicios, es posible que el miembro sea responsable por su pago.
- Excepto en el caso de emergencias, toda internación en un hospital y cirugía ambulatoria requiere una referencia médica previa del médico del miembro y autorización previa de Aetna.
- Si no se trata de una emergencia y el miembro va a un médico o centro de atención sin una referencia médica, el miembro deberá pagar la factura médica.
- Las referencias médicas son válidas por un período de 60 días mientras la persona permanezca como miembro elegible del plan.
- En planes sin cobertura para servicios de proveedores que no pertenecen a la red, se requiere la autorización previa de Aetna además de una referencia médica especial de su PCP a un proveedor fuera de la red para que los servicios de dichos proveedores sean cubiertos. Cuando sean autorizados debidamente, estos servicios están totalmente cubiertos, sin incluir el monto correspondiente al miembro.
- La referencia médica establece que, con excepción de la parte del costo correspondiente al miembro, el miembro no tendrá que pagar los costos de los beneficios cubiertos, siempre que la persona sea miembro en el momento de prestación del servicio.

## ACCESO DIRECTO

En los planes *Aetna Choice POS*, *USAcess* y *QPOS*, el miembro puede obtener acceso directo a los proveedores que no pertenecen a la red sin necesidad de obtener una referencia médica del PCP, sujeto a los requerimientos de la participación del miembro en los costos. Asimismo, es posible que usted pueda reducir sus gastos de bolsillo de manera considerable, acudiendo a los proveedores de la red. Consulte el folleto específico de su plan para obtener más detalles.

Si su plan no cubre de forma específica los beneficios que no necesitan una referencia médica o los beneficios para servicios de proveedores que no pertenecen a la red y usted se dirige directamente a un especialista o a un hospital, sin referencia médica, para atención que no sea de emergencia o que no sea urgente, usted deberá pagar la factura, a menos que el servicio esté específicamente identificado como un beneficio de acceso directo en los documentos de su plan.

En los planes *Aetna Open Access* y *Aetna Choice POS*, el miembro puede obtener acceso directo a los proveedores de la red sin necesidad de referencia médica, sujeto a los términos y condiciones del plan y los requerimientos de participación del miembro en los costos. Los proveedores de la red serán responsables por obtener toda autorización previa que sea requerida por Aetna. Consulte el folleto específico de su plan para obtener más detalles.

## PROGRAMA DE ACCESO DIRECTO AL OBSTETRA/GINECÓLOGO

Este programa permite que los miembros de sexo femenino visiten a cualquier obstetra o ginecólogo de la red para hacerse exámenes de rutina, incluyendo el Papanicolau, y para problemas obstétricos o ginecológicos. Los obstetras y ginecólogos también podrán referir el miembro directamente a otros proveedores de la red para los servicios obstétricos o ginecológicos que están cubiertos. Todas las exigencias de autorización previa y coordinación del plan se siguen aplicando. Si su obstetra/ginecólogo pertenece a una asociación de práctica independiente, un grupo médico y sistema de servicios médicos integrados, u otra organización similar, su cuidado debe ser coordinado a través de la asociación de práctica independiente, del grupo médico u organización similar. Estas podrán tener distintas políticas de referencias médicas.

## RED DE PROVEEDORES MÉDICOS

No todos los hospitales pueden ser considerados a participar en la red con todos los servicios. Su médico puede ponerse en contacto con Aetna para identificar un centro médico participante para sus necesidades específicas. Determinados médicos de familia (PCP) están

afiliados a sistemas de servicios médicos integrados, asociaciones de práctica independiente u otros grupos de proveedores, y los miembros que elijan a estos PCP serán normalmente referidos a especialistas y hospitales que estén dentro de ese sistema, asociación o grupo. Pero, si sus necesidades médicas van más allá del alcance de los proveedores afiliados, usted puede solicitar cobertura para servicios proporcionados por médicos y centros no afiliados a la red. A fin de obtener cobertura, los servicios de proveedores no afiliados a la red pueden requerir la autorización previa de Aetna y/o de los sistemas de servicios médicos integrados u otros grupos de proveedores.

Los miembros deben tener en cuenta que hay proveedores médicos (por ejemplo, especialistas) que están afiliados a otros proveedores a través de sistemas, asociaciones o grupos. Estos sistemas, asociaciones o grupos ("organización") o sus proveedores afiliados pueden ser remunerados por Aetna a través de un acuerdo de capitación o de otro método global de pago. La organización entonces paga al proveedor del tratamiento directamente a través de distintos métodos. El miembro le debe preguntar a su proveedor cómo se lo remunera por dicha prestación y si tiene algún incentivo económico para controlar los costos o el uso de los servicios médicos por parte del miembro.

## TRANSPLANTES Y OTRAS CONDICIONES COMPLEJAS

Nuestro programa *National Medical Excellence Program*<sup>®</sup> (programa nacional de excelencia médica) y otros programas especiales ayudan a los miembros elegibles a obtener acceso a tratamiento cubierto para transplantes y ciertas otras condiciones médicas complejas en centros médicos participantes con experiencia en la prestación de estos servicios. Dependiendo de los términos de su plan de beneficios médicos, los miembros pueden estar limitados únicamente a aquellos centros médicos que participen en estos programas cuando necesite un transplante u otra condición compleja cubierta.

## ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Si usted necesita atención médica de emergencia, está cubierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en cualquier lugar del mundo. Una condición médica de emergencia es la que se manifiesta con síntomas agudos con una gravedad tal, que una persona prudente cualquiera, con un conocimiento general de salud y de medicina, puede razonablemente suponer que la ausencia de atención médica inmediata pondría su salud en grave peligro, o en el caso de una mujer embarazada, su salud y la de su bebé.

Cuando crea que necesita atención médica de emergencia, simplemente solicitamos que siga las directrices que se describen más abajo, ya sea que se encuentre dentro o fuera del área de servicio del HMO de Aetna.

- Llame al número de teléfono de emergencias local (por ejemplo, 911) o diríjase al centro de emergencias más cercano. Si la demora no perjudicaría su salud, llame a su médico de familia (PCP) primero. Luego de haber recibido tratamiento, notifique a su PCP lo antes posible.
- Si lo internan en un centro médico, usted, o en su lugar, un familiar o un amigo, debe notificar a su PCP o a Aetna lo antes posible.

## **QUÉ HACER CUANDO SE ENCUENTRA FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO DEL HMO DE AETNA**

Los miembros que se encuentren de viaje fuera del área de servicio del HMO o los estudiantes que estén en escuelas lejanas están cubiertos para atención médica de emergencia y de urgencia. La atención médica de urgencia puede obtenerse de un médico de práctica privada, una clínica de acceso libre, un centro de atención médica de urgencia o de un centro de emergencias. Ciertas condiciones, por ejemplo: vómitos intensos, dolores de oído, dolores de garganta o fiebre se consideran “atención médica de urgencia” fuera del área de servicio del HMO de Aetna y están cubiertas en cualquiera de los centros antes mencionados.

Si, después de analizar la información que nos presenta el proveedor que lo(a) atendió, la naturaleza de la urgencia o la emergencia no cumple con los requisitos de cobertura, es posible que solicitemos información adicional. Le enviaremos un Informe de Notificación de Sala de Emergencias (*Emergency Room Notification Report*) para que usted complete, o podrá brindar la información a un representante de Servicios al Miembro por teléfono.

## **SEGUIMIENTO MÉDICO DESPUÉS DE UNA EMERGENCIA**

Todo seguimiento médico debe ser coordinado por su médico de familia (PCP). El seguimiento médico de un proveedor que no pertenece a la red está cubierto solamente con una referencia médica de su PCP y la autorización previa de Aetna. Usted debe obtener una referencia médica antes de que pueda ser cubierto cualquier seguimiento médico tanto dentro o fuera del área de servicio de Aetna. Ejemplos de seguimiento médico son la retirada de puntos, yesos, toma de radiografías y, visitas adicionales a la sala de emergencias o a una clínica.

## **MEDICAMENTOS BAJO RECETA**

Si su plan cubre los medicamentos bajo receta para pacientes ambulatorios, es posible que su plan incluya un listado de medicamentos preferidos (o a veces llamado “Listado de medicamentos”). El listado es una lista de medicamentos bajo receta que generalmente están cubiertos bajo sus beneficios de farmacia, sujeto a las restricciones y condiciones aplicables. Muchos medicamentos, incluyendo los que aparecen en el listado, están sujetos a acuerdos de descuento entre Aetna y el fabricante de medicamentos. Dichos descuentos no están reflejados en el costo pagado por el miembro por un medicamento bajo receta. Además, en circunstancias en las que su plan de farmacia utiliza copagos o coseguro calculados en porcentajes o un deducible, el uso de medicamentos del listado puede no necesariamente significar costos más bajos para el miembro. Para obtener información con relación a cómo se revisan y seleccionan los medicamentos para el listado, consulte el sitio de Internet de Aetna en [www.aetna.com](http://www.aetna.com) o la Guía del Listado de Medicamentos de Aetna. Se proveerá una copia impresa de la Guía del Listado, a pedido o según corresponda, de forma anual a los miembros actuales y en el momento de su inscripción a los miembros nuevos. Se puede obtener más información llamando a Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación del miembro. Los medicamentos que aparecen en el listado están sujetos a cambios de acuerdo con la ley estatal aplicable.

Su beneficio de farmacia no se encuentra limitado a los medicamentos que aparecen en el listado. Los medicamentos que no están en el listado (medicamentos no listados) pueden estar cubiertos, sujeto a los límites y exclusiones indicados en los documentos de su plan. Los medicamentos bajo receta que están cubiertos y que no aparecen en el listado pueden estar sujetos a un copago más alto en algunos planes de beneficios médicos. Algunos planes de beneficios de farmacia pueden excluir de la cobertura ciertos medicamentos que no están en el listado. Si es médicamente necesario que un miembro inscrito en el plan utilice estos medicamentos, su médico (o farmacéutico, en el caso de antibióticos y analgésicos) puede contactarse con Aetna para solicitar cobertura en calidad de excepción médica. Es posible que deba pagar la diferencia en costo entre un medicamento de marca que esté cubierto y su equivalente genérico además del copago, dependiendo del plan de beneficios que haya elegido el patrocinador de su plan. Consulte los documentos de su plan para más detalles.

Además, en algunos planes de beneficios de medicamentos bajo receta, es posible que ciertos medicamentos requieran primero precertificación o seguir una terapia escalonada para ser cubiertos. La terapia escalonada es una forma distinta de precertificación que requiere que se pruebe uno o más medicamentos de "terapia de requisito previo" antes de que se cubra un medicamento de "terapia escalonada". Si es médicamente necesario que un miembro utilice un medicamento sujeto a estos requerimientos, el médico del miembro puede solicitar la cobertura de dicho medicamento en calidad de excepción médica. Además, algunos planes de beneficios incluyen un requerimiento obligatorio sobre la participación del miembro en los costos para medicamentos genéricos. En estos planes, es posible que se le exija que pague la diferencia entre el costo de un medicamento de marca cubierto y su equivalente genérico, además de su copago, si usted obtiene el medicamento de marca. Los medicamentos de venta libre y los medicamentos que están en la sección de limitaciones y exclusiones de los documentos del plan (recibidos en el momento de la inscripción) no están cubiertos y excepciones médicas no están disponibles para la cobertura de los mismos.

Dependiendo del plan seleccionado, los nuevos medicamentos bajo receta que todavía no hayan sido revisados para ser posiblemente añadidos al listado se pueden obtener por el copago más alto bajo planes con un listado abierto o su cobertura está excluida, a menos que se obtenga una excepción médica bajo los planes que utilizan un listado cerrado. Dichos nuevos medicamentos pueden estar sujetos a la precertificación o terapia escalonada.

Los miembros deben hablar con su médico acerca de las dudas que tengan sobre un medicamento específico. Consulte los documentos de su plan o llame a Servicios al Miembro para obtener información sobre los términos y condiciones de cobertura.

Si usted utiliza Aetna Rx Home Delivery, LLC (Entrega a su hogar), el programa de pedido por correo de medicamentos bajo receta, usted adquirirá dichos medicamentos a través de un afiliado de Aetna. El cargo negociado de Aetna con *Aetna Rx Home Delivery*® podrá ser más alto que el costo que tiene *Aetna Rx Home Delivery* para la compra de los medicamentos y la prestación de servicios de farmacia por correo. Para estos efectos, el costo de *Aetna Rx Home Delivery* por la compra de medicamentos considera descuentos, créditos y otras cantidades que pueda recibir de los mayoristas, fabricantes, proveedores y distribuidores.

Si usted usa el programa de medicamentos especiales *Aetna Specialty Pharmacy*™ (Farmacia especializada de Aetna), estará comprando estos medicamentos a través de Aetna Specialty Pharmacy, LLC, que es de propiedad conjunta de Aetna Inc. y Priority Healthcare, Inc. El costo negociado de Aetna con *Aetna Specialty Pharmacy* puede ser más alto que el costo de *Aetna Specialty Pharmacy* por la compra de los medicamentos y proporción de servicios especializados de farmacia. Para estos efectos, el costo de *Aetna Specialty Pharmacy* por la compra de medicamentos considera descuentos, créditos y otras cantidades que pueda recibir de los mayoristas, fabricantes, proveedores y distribuidores.

## RED DE LA SALUD DEL COMPORTAMIENTO

En Massachusetts, *Magellan Behavioral Health* brinda beneficios de salud mental dentro de la red para los miembros de planes HMO y QPOS de Aetna.

Usted puede obtener tratamiento de un profesional de la salud del comportamiento de la red, sin obtener una referencia médica de su médico de familia (PCP).

Contáctese con un proveedor de la salud del comportamiento de Aetna, *Magellan Behavioral Health* (MBH) para:

- encontrar un proveedor de la salud mental que pertenece a la red y que brinde servicios en su área
- obtener la precertificación de servicios de salud mental y de abuso de sustancias tóxicas.

Por favor, siga las directrices a continuación al obtener servicios de salud mental o por el abuso de sustancias tóxicas:

- Contáctese con *Magellan Behavioral Health* primero para que ellos puedan obtener la precertificación y hacer los arreglos necesarios para brindarle servicios de rutina y urgentes de la salud del comportamiento y por el abuso de sustancias tóxicas.
- Si usted tiene una emergencia, por favor obtenga atención de inmediato. Si usted se dirige a una sala de emergencias por una crisis de salud mental o por abuso de sustancias, comuníquese con *Magellan Behavioral Health* lo antes posible para que lo ayuden con el procedimiento de internación, así como con la obtención de cualquier referencia médica que necesite por los servicios de salud del comportamiento adicionales. Si bien no se necesita una referencia médica del médico de familia para estos tipos de servicios de sala de emergencias, su médico de familia debe ser notificado.

Para más información sobre cómo obtener servicios de salud mental y de abuso de sustancias tóxicas llame al 1-800-424-6108.

También puede recibir información sobre cómo acceder a los servicios de salud del comportamiento que estén cubiertos bajo su plan específico, llamando al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación. Así como con otras determinaciones de cobertura, usted puede apelar las decisiones de cobertura para la salud del comportamiento conforme a las disposiciones de su plan médico, o conforme a las leyes estatales vigentes.

Nota: Algunos empleadores pueden haber seleccionado un proveedor de la salud del comportamiento que no sea **Magellan Behavioral Health** para la administración de sus beneficios de salud del comportamiento. Si usted tiene dudas con relación al nombre del proveedor de la salud del comportamiento de su empresa, comuníquese con Servicios al Miembro al 1-888-982-3862 o con el Departamento de Recursos Humanos de su empleador.

## CÓMO AETNA REMUNERA A SU MÉDICO

Todos los médicos son médicos de práctica independiente y no son empleados ni tienen contrato exclusivo con Aetna. Los médicos pertenecen a la red a través de un contrato directo con Aetna y/o su afiliación a un grupo u organización que tenga contrato con nosotros.

Se remunera a los médicos de nuestra red de varias formas:

- Por servicio o caso particular (tasa por servicio, según las tarifas convenidas).
- Por día de hospital (tarifas convenidas por día).
- Capitación (suma prepagada por miembro, por mes).
- A través de sistemas de servicios médicos integrados, de asociaciones de práctica independientes, de organizaciones hospitalarias de médicos, de grupos médicos, de organizaciones de salud del comportamiento y de organizaciones o grupos similares de proveedores. Aetna paga a estas organizaciones y éstas, a su vez, reembolsan directamente al médico o al centro por los servicios prestados, por medio de distintos métodos. En dichos convenios, el grupo u organización cuenta con un incentivo financiero para controlar el costo de los servicios médicos.

Una de las finalidades del cuidado administrado es el de administrar el costo de los servicios médicos. Uno de los métodos de Aetna para cumplir con este objetivo es el de ofrecer incentivos en los acuerdos de remuneración con los médicos y los proveedores médicos.

En algunas regiones, los médicos de familia pueden recibir remuneración adicional basada en el desempeño en una variedad de medidas que tienen la finalidad de evaluar la calidad de la atención y los servicios que los médicos de familia proporcionan a los miembros. Esta remuneración adicional se basa en puntajes recibidos en una o más de

las siguientes medidas del consultorio del médico de atención primaria:

- satisfacción de miembro,
- porcentaje de miembros que visita el consultorio por lo menos anualmente,
- revisiones de registros médicos,
- la carga de enfermedad de los miembros que han seleccionado al médico de familia,
- manejo de enfermedades crónicas como asma, diabetes e insuficiencia cardíaca congestiva,
- si el médico acepta pacientes nuevos, y
- la participación en el programa de reclamos de reembolso y referencias médicas electrónicas de Aetna.

Pregúntele a su médico u otro proveedor cómo se lo remunera por sus servicios.

## PAGO DE RECLAMOS PARA PROVEEDORES QUE NO PERTENECEN A LA RED Y USO DEL "SOFTWARE" DE RECLAMOS DE REEMBOLSO

Si su plan provee cobertura para los servicios de proveedores que no pertenecen a la red, usted debe saber que Aetna determina la tarifa usual, de costumbre y razonable para un proveedor con datos publicados que reflejen el valor usual que se paga a la mayoría de los proveedores por un servicio dado en dicha área geográfica. Si no hay datos disponibles en el mercado, es posible que se base la determinación en los datos propios de Aetna. También es posible que Aetna utilice programas de computación (incluyendo *ClaimCheck*) y otras herramientas para tener en cuenta distintos factores, como son la complejidad, cantidad de tiempo y la manera de facturar. Usted podrá ser responsable por el pago de todo monto que Aetna determine que no está cubierto bajo su plan.

## MÉDICAMENTE NECESARIO

"**Medicamento necesario**" significa que el servicio o suministro es proporcionado por un médico u otro proveedor médico con criterio prudente clínico con el propósito de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión o sus síntomas, y que el proporcionar dicho servicio o suministro:

- Es clínicamente apropiado de acuerdo con **las normas de aceptación general en la práctica de la medicina** en lo que se refiere a frecuencia, grado, lugar y duración;
- Es considerado eficaz de acuerdo con **las normas de aceptación general en la práctica de la medicina** para la enfermedad o lesión; y

- No es principalmente para conveniencia del Miembro, o para la conveniencia del médico u otro proveedor médico; y
- No es más costoso que un servicio alternativo o secuencia de servicios alternativos que, por lo menos, produzcan resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalentes en lo que se refiere al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión.

**“Normas de aceptación general en la práctica de la medicina”** significa normas que se basan en evidencia científica creíble publicada en publicaciones con revisión de expertos médicos reconocidas por la comunidad médica relevante. En ausencia de ésta evidencia científica creíble, las determinaciones de [plan/HMO/compañía] de si un servicio o suministro es compatible con las “normas de aceptación general en la práctica de la medicina” será consistente con las recomendaciones de la sociedad de la especialidad médica o, de lo contrario, se basará en las opiniones de médicos que practiquen en áreas clínicas relevantes y en todo otro factor relevante.

## BOLETINES DE LA POLÍTICA CLÍNICA

Los boletines de la política clínica de Aetna describen las determinaciones de Aetna en su política con relación a si ciertos servicios o suministros son médicamente necesarios, basados en una revisión de información clínica disponible en el momento. Las determinaciones clínicas en conexión con decisiones de cobertura individual se toman caso por caso de acuerdo con estas políticas.

Los boletines de políticas clínicas de Aetna no constituyen consejo médico. Los proveedores tratantes son únicamente responsables por proporcionar consejo médico y tratamiento a los miembros. Los miembros deben conversar con su proveedor tratante sobre todo boletín de políticas clínicas relacionado con su cobertura o condición.

Mientras que los boletines de políticas clínicas de Aetna son creados para prestar asistencia en la administración de los beneficios del plan, los mismos no constituyen una descripción de los beneficios del plan. Cada plan de beneficios define qué servicios están cubiertos, cuáles están excluidos y cuáles están sujetos a límites en dólares u otros tipos de límites. Los miembros y sus proveedores necesitan consultar al plan de beneficios médicos del miembro para determinar si existen exclusiones u otras limitaciones de beneficios aplicables al servicio o suministro.

Los boletines de políticas clínicas son actualizados periódicamente y, por lo tanto, están sujetos a cambios. Los boletines de políticas clínicas de Aetna están disponibles en Internet en [www.aetna.com](http://www.aetna.com).

## PRECERTIFICACIÓN

La precertificación es el proceso de recabar información de forma previa a una internación y la realización de procedimientos y servicios ambulatorios específicos. El proceso permite la verificación de elegibilidad de antemano, la determinación de la cobertura correspondiente y la comunicación con el médico y/o el miembro. También permite que Aetna coordine la transición del paciente internado al siguiente nivel de cuidado (planificación de alta), o que se inscriba al paciente en programas especializados como por ejemplo, el manejo de enfermedades, manejo de casos o un programa de maternidad. En determinados casos, se usa la precertificación como medio para informar a médicos, miembros y otros proveedores médicos sobre los programas y, terapias y tratamientos alternativos que son efectivos en función de los costos.

Ciertas prestaciones médicas, como por ejemplo la hospitalización o la cirugía ambulatoria, requieren la precertificación de Aetna para garantizar su cobertura. Cuando un miembro obtenga servicios que requieran precertificación a través de un proveedor de la red, el proveedor debe precertificar los servicios antes del tratamiento. Si su plan cubre los servicios con autorreferencias médicas a proveedores de la red (por ejemplo, *Aetna Open Access*), o beneficios fuera de la red con autorreferencias médicas para beneficios cubiertos, es su responsabilidad contactarse con Aetna para precertificar los servicios que lo requieran a fin de evitar una reducción de los beneficios pagados.

## REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL PLAN POR EL MIEMBRO/SUPERVISIÓN DEL PACIENTE

Aetna ha elaborado un programa de supervisión del paciente para asistir en la determinación de los servicios médicos que están cubiertos y son pagaderos bajo el plan médico y la extensión de su cobertura y pago. El programa asiste al miembro para que reciba el cuidado adecuado de la salud, maximizando su cobertura.

Cuando corresponda, nuestro personal de revisión de la utilización del plan por el miembro/supervisión del paciente, utiliza directrices y recursos de reconocimiento nacional, como las guías *The Milliman Care Guidelines™* para los procesos de precertificación, revisión concurrente y revisión retrospectiva. Cuando ciertas funciones de revisión de la utilización/supervisión del paciente se delegan a sistemas de servicios médicos integrados, asociaciones de práctica independientes u otros grupos de proveedores (“delegados”), dichos delegados utilizan los criterios que consideren adecuados. Las políticas de revisión de la utilización del plan por el miembro/supervisión del paciente

podrán modificarse para cumplir con la ley estatal aplicable.

Solamente los directores médicos tienen la facultad de tomar la decisión de negar cobertura para un servicio con el motivo de necesidad médica. Las cartas de negativa de cobertura para dichas decisiones deben especificar los criterios, normas y directrices con los que no se cumplió, y deben informar al proveedor y al miembro sobre el proceso de apelación.

## **REVISIÓN CONCURRENTE**

El proceso de revisión concurrente evalúa la necesidad de estadía prolongada, nivel y calidad del cuidado para los miembros que reciban servicios de internación en centros médicos. Todos los servicios de internación que tengan una duración superior al período inicial de certificación requerirán de una revisión concurrente.

## **PLANIFICACIÓN DEL ALTA**

La planificación de alta del hospital o centro médico puede iniciarse en cualquier etapa del proceso de la supervisión del paciente y empieza inmediatamente cuando se identifiquen durante la precertificación o revisión concurrente, las necesidades que se producirán luego del alta. La planificación de alta del hospital puede incluir el comienzo de una variedad de servicios/beneficios que utilizará el miembro después de su alta.

## **REVISIÓN RETROSPECTIVA DE LOS EXPEDIENTES**

El propósito de la revisión retrospectiva es la de analizar los problemas que pueden surgir con relación a la calidad y a la utilización del plan, iniciar la acción de seguimiento médico adecuado para los problemas que surgieron, y de revisar todas las apelaciones de las decisiones de revisión concurrente de internación en un centro médico para la cobertura y pago de los servicios de atención médica. El esfuerzo de Aetna en la administración de los servicios prestados a los miembros incluye la revisión retrospectiva de los reclamos de reembolso y de los registros médicos que se presentan por inquietudes relativas a la potencial calidad y utilización.

## **QUEJAS, APELACIONES Y REVISIÓN EXTERNA\***

\*Es posible que los procesos de queja, apelación y revisión externa no se apliquen a su plan si su plan es autofinanciado. En caso de duda, contáctese con su administrador de beneficios.

## **PRESENTACIÓN DE UNA QUEJA O APELACIÓN**

Aetna se empeña en resolver los problemas de cobertura, quejas e inquietudes de sus miembros. Si usted tiene un problema de cobertura o cualquier otro problema, llame a Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación. Usted también puede contactarse con Servicios al Miembro por Internet en [www.aetna.com](http://www.aetna.com). Si Servicios al Miembro no logra resolver su problema de forma satisfactoria, será derivado al departamento correspondiente para su resolución.

Si usted no está satisfecho con el resultado de su contacto inicial, puede presentar una apelación. Si usted no está satisfecho después de haber presentado una apelación formal, puede solicitar una apelación de la decisión a segundo nivel. Se tomará una decisión con relación a su apelación de acuerdo con los procedimientos aplicables a su plan y a las leyes estatales aplicables. Consulte los documentos de su plan para obtener más información sobre el procedimiento de apelación de su plan.

## **REVISIÓN EXTERNA**

Aetna ha desarrollado un proceso de revisión externa para brindarle al miembro la posibilidad adicional de solicitar una revisión externa de determinadas denegaciones de cobertura de forma objetiva y pronta. Una vez agotado el proceso interno de revisión de Aetna, los miembros elegibles podrán optar por la revisión externa de la decisión si la denegación de cobertura por la que el miembro sería responsable, supera los \$500 y se basa en la ausencia de necesidad médica o en la naturaleza experimental o de investigación del servicio o tratamiento propuesto. Las normas pueden variar por estado, si un proceso de revisión externa existe conferido por mandato de estado y aplica a su plan.

Una organización de revisión externa remitirá el caso para la revisión de un médico independiente con experiencia adecuada en el área en cuestión. Una vez presentada toda la información necesaria, en general, se decidirá la revisión externa dentro de los 30 días calendarios de la solicitud. Existe un procedimiento de revisión acelerada cuando el médico del miembro certifique que una demora en la prestación del servicio perjudicaría la salud del miembro. Una vez finalizada la revisión, el plan cumplirá con la decisión del revisor externo. Aetna pagará por el costo de la revisión (excepto donde la ley estatal requiera que el miembro pague una tasa judicial como parte del mandato estatal del programa).

Ciertos estados exigen la revisión externa de los problemas con los beneficios o servicios adicionales; algunos podrán requerir el pago de una tasa de inicio de trámite. Además, determinados estados exigen el uso de su propio proceso de revisión externo para las decisiones relacionadas con la necesidad médica y la cobertura experimental/de investigación. Es posible que las exigencias estatales no se apliquen a los planes autofinanciados. Para información más detallada sobre el proceso de queja formal y revisión externa, llame a Servicios al Miembro al número sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación o visite nuestro sitio de Internet en [www.aetna.com](http://www.aetna.com), donde podrá obtener un formulario de solicitud de revisión externa. Usted también puede llamar al departamento estatal de seguros o de salud o, consultar su sitio de Internet para obtener información adicional con relación a los procedimientos de revisión externa exigida por el estado.

## **CONFIDENCIALIDAD Y AVISOS DE PRIVACIDAD**

Aetna considera que la información personal es confidencial y cuenta con políticas y procedimientos para protegerlo contra el uso y la divulgación ilegal. "Información personal" se refiere a la información del miembro relacionada con su salud o condición médica, física o mental, la prestación de atención médica y el pago por estas prestaciones. La información personal no incluye información pública o información disponible o proporcionada de manera resumida o acumulada y que no identifique al miembro.

Cuando es necesario o apropiado para el cuidado o tratamiento del miembro, la operación de nuestros planes médicos, o para llevar a cabo otras tareas pertinentes, usamos la información personal internamente, la compartimos con nuestras afiliadas y la revelamos a los proveedores médicos (médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros proveedores de salud), pagadores (organizaciones de proveedores de salud, empleados que patrocinan planes médicos autofinanciados o que comparten la responsabilidad del pago de beneficios, y otros que puedan ser económicamente responsables por el pago de servicios o beneficios que usted reciba bajo el plan), otras aseguradoras, terceros administradores, proveedores de suministros, consultores, autoridades gubernamentales, y sus agentes respectivos. Dichas partes deben mantener la confidencialidad de la información personal, según lo disponga la ley aplicable. Se exige a los proveedores de la red que brinden acceso al miembro a sus registros médicos dentro de un plazo razonable a partir de su solicitud.

Algunas de las maneras en que se utiliza la información personal del miembro incluyen: el pago de reclamos de reembolso; revisión de la utilización y manejo del plan por

el miembro; revisiones de necesidad médica; coordinación de cuidado y beneficios; atención médica preventiva; detección temprana y manejo de casos y enfermedades; evaluación de calidad y actividades de mejora; actividades de auditoría y contra el fraude; medición del desempeño profesional y evaluación de resultados; análisis e informes de reclamos de reembolso de atención médica; investigación sobre servicios médicos; gestión de datos y sistemas de información; cumplimiento de exigencias legales y reguladoras; manejo del listado; procesos de litigación, transferencia de pólizas o contratos de y a otras aseguradoras, HMOs y administradores externos; actividades de suscripción y actividades de diligencia debida en conexión con la compra o venta de parte o todo nuestra empresa. Consideramos que estas actividades son claves para la operación de nuestros planes médicos. Dentro de lo que permite la ley, utilizamos y divulgamos la información personal según se dispone más arriba sin el consentimiento del miembro. Sin embargo, reconocemos que muchos miembros no desean recibir materiales de "marketing" no solicitados que no tengan relación con sus beneficios médicos. No divulgamos la información personal para los fines de "marketing" sin el consentimiento del miembro. También tenemos políticas para cuando los miembros están impedidos de dar su consentimiento. Para obtener una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, el que describe con más detalles nuestras prácticas con relación al uso y a la divulgación de información personal, por favor, escriba al Departamento de Servicios de Apoyo Legal de Aetna a 151 Farmington Avenue, W121, Hartford, CT 06156. Usted también puede visitar nuestro sitio de Internet en [www.aetna.com](http://www.aetna.com). Usted puede ir directamente al aviso de prácticas de privacidad seleccionando el enlace "Privacy Notices" (prácticas de privacidad) que aparece en la parte inferior de la página.

# Aviso al miembro sobre la ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos\*

**Se proporciona la siguiente información con el fin de informar al miembro sobre determinadas disposiciones contenidas en el plan médico de empresa, y sobre los procedimientos pertinentes que el miembro puede utilizar de acuerdo con la Ley Federal.**

## **Disposición de exclusión de condiciones preexistentes (solamente para los planes que contengan esta disposición)**

al número de teléfono de Servicios al Miembro que aparece en su tarjeta de identificación.

## **Cómo proporcionar comprobación de su cobertura**

Usted debe haber recibido una **certificación de cobertura previa de plan médico de empresa** de su plan médico anterior como prueba de su cobertura anterior. Debe conservar dicha certificación hasta que presente un reclamo médico. Al recibir su reclamo por el tratamiento de una condición potencialmente preexistente, la oficina de reclamos solicitará que presente su **certificación de cobertura previa de plan médico de empresa**, que será utilizada para determinar si usted cuenta con cobertura comprobable en ese momento.

Usted podrá solicitar una **certificación de cobertura previa de plan médico de empresa** al plan con el que tuvo cobertura dentro de los últimos dos años. Nuestro Centro de Servicios puede ayudarlo y adelantarle el tipo de información que deberá solicitar de su plan anterior.

El Centro de Servicios también puede solicitar información relativa a cualquier condición preexistente para la cual recibió tratamiento en el pasado, e información adicional que les permita determinar si usted cuenta con cobertura comprobable. El objeto de este documento es el de notificar que puede corresponder un período de exclusión para las condiciones preexistentes en su caso, si el plan de empresa al que usted pertenece o que lo cubre incluye dicha disposición, ésta se podrá anular si usted tiene una cobertura comprobable previa.

**Observación:** Si la ley exige un período superior a los 90 días, éste período se utilizará para determinar la cobertura comprobable. Si tiene dudas con relación a la determinación de aplicabilidad de la exclusión de condiciones preexistentes para su caso, llame a Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

## **Cobertura comprobable**

La cobertura comprobable incluye toda cobertura bajo un plan médico de empresa (incluyendo un plan del gobierno o de una iglesia), un seguro médico (tanto en empresa o individual), *Medicare*, *Medicaid*, atención médica patrocinada por el ejército (*TRICARE*), programa del *Indian Health Service*, un pool de riesgo de beneficios médicos del estado, *FEHBP*, un plan de salud pública según definición de los reglamentos, y cualquier otro plan de beneficios médicos bajo la sección 5(c) de la Ley del *Peace Corps*. No se incluye como cobertura comprobable la cobertura que esté exenta de la ley (por ejemplo, cobertura únicamente dental o cobertura dental provista en un plan separado o, incluso, si se encuentra en el mismo plan que la médica, y se la elige por separado, resulta en una prima adicional).

Si usted contaba con **cobertura comprobable previa** dentro de los 90 días inmediatamente anteriores a la fecha en que se inscribió en este plan, entonces la exclusión de condiciones preexistentes de su plan, si la hubiera, será **anulada**. La determinación del período de 90 días no incluirá ningún tiempo de espera que le pueda ser impuesto por su empleador para que usted califique para cobertura.

\*Si bien se cree que la información contenida en el presente aviso al miembro es precisa a la fecha de su publicación, está sujeta a cambios. Contáctese con el Departamento de Servicios al Miembro si tiene dudas.

Si usted **no** contaba con **cobertura comprobable previa** dentro de los 90 días anteriores a su fecha de inscripción (ya sea porque usted no tenía cobertura previa o porque había un lapso superior a los 90 días entre la fecha de terminación de su cobertura anterior y su fecha de inscripción), **se aplicará** la exclusión de condiciones preexistentes de su plan (hasta un período máximo de 12 meses).

## Períodos de inscripción especiales

### Debido a pérdida de cobertura

Si usted califica para recibir cobertura bajo el plan médico de su empleador pero no se inscribió porque contaba con otra cobertura y pierde esa cobertura, se le permitirá inscribirse en plan vigente durante los períodos de inscripción especiales luego de su período de elegibilidad, si se cumple con determinados requisitos. Estas reglas especiales de inscripción se aplican a los empleados y/o dependientes elegibles que no estén inscritos, bajo los términos del plan.

Un empleado o dependiente es elegible para la inscripción durante el período de inscripción especial si se cumple con cada uno de los siguientes requisitos:

- Cuando usted recusó la inscripción para usted o para sus dependientes e indicó por escrito que su motivo era contar con cobertura bajo otro plan médico u otro seguro médico, el empleador solicitó la declaración por escrito y le avisó del requisito y de las consecuencias de no presentar dicha declaración; y
- Cuando usted recusó la inscripción para usted o para sus dependientes, usted o sus dependientes contaban con continuación de cobertura COBRA bajo otro plan y, desde entonces, la continuación de cobertura COBRA se ha agotado,

o

- Si la otra cobertura con la que usted o sus dependientes contaban al recusar la inscripción no se hallaba bajo una disposición de continuación COBRA, la otra cobertura terminara como resultado de falta de elegibilidad o, el empleador dejara de efectuar los aportes para dicha cobertura. La pérdida de elegibilidad incluye la pérdida de cobertura como resultado de una separación legal, divorcio, muerte, pérdida de empleo o reducción del horario de trabajo.

## Para ciertos beneficiarios dependientes

Si su plan médico de empresa ofrece cobertura para dependientes, éste debe ofrecer un período de inscripción especial para las personas que se conviertan en dependientes por casamiento, nacimiento, adopción o colocación para adopción. El período de inscripción especial para dependientes durará 31 días a partir de la fecha del casamiento, nacimiento, adopción o colocación para adopción. El dependiente puede ser inscrito durante este período como dependiente del empleado. Si el empleado califica para inscribirse, pero no está inscrito, puede también inscribirse en este momento. En caso de nacimiento o adopción de un hijo(a), el cónyuge de la persona también puede inscribirse como dependiente del empleado, si fuera elegible para cobertura y no estuviera inscrito. Si un empleado desea inscribir a un dependiente durante el período de inscripción especial, la cobertura tendrá vigencia a partir de la fecha de nacimiento, adopción o colocación para adopción o casamiento.

## Reglas especiales para la inscripción

Para calificar para la inscripción especial, las personas que cumplan con los requisitos anteriores deben presentar una solicitud de inscripción firmada dentro de los 31 días del evento calificador que se mencionara más arriba. La fecha vigente de cobertura para las personas que hayan perdido la cobertura será la fecha del evento calificador. Si usted desea inscribir un dependiente durante el período de inscripción especial, la cobertura para su dependiente (y para usted, si también se inscribe) entrará en vigencia a partir de la fecha del evento calificador, (en el caso de casamiento, a partir de la fecha de inscripción), una vez que se haya recibido la solicitud completa de inscripción.

**Desde el 1 de julio 2005, este apéndice reemplazará la notificación sobre la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos que aparece en otras partes de este documento de divulgación. Consulte su resumen de beneficios para obtener información sobre las exclusiones por condiciones preexistentes.**

Se proporciona la siguiente información con el fin de informar al miembro sobre determinadas disposiciones contenidas en el plan médico de empresa, y sobre los procedimientos pertinentes que el miembro puede utilizar de acuerdo con la Ley Federal.

### **Derechos de inscripción especial**

Si usted está rechazando su inscripción o la de sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) debido a que tiene otra cobertura médica o de plan médico de grupo, es probable que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden el derecho a la otra cobertura (o si su empleador deja de contribuir con su cobertura o la cobertura de sus dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción en el plazo de 31 días posteriores al término de su cobertura o la de sus dependientes (o posteriores a la fecha en que su empleador deja de contribuir con la otra cobertura).

Asimismo, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación previa a la adopción, probablemente puedan inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, deben solicitar la inscripción en el plazo de 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación previa a la adopción.

Para solicitar inscripción especial u obtener más información, comuníquese con su administrador de beneficios.

### **Solicitud de certificado de cobertura comprobable**

Los miembros de patrocinadores de plan asegurado y los miembros de patrocinadores de plan autoasegurados que acordaron la suministración de certificados de cobertura médica previa con nosotros, tienen la opción de solicitar un certificado. Esto se aplica a los miembros cuya relación laboral ha terminado y a los miembros *actualmente activos* que desean un certificado para verificar su estatus. Los miembros cuya relación laboral ha terminado pueden solicitar un certificado hasta 24 meses después de la fecha del término de su relación laboral. Los miembros activos pueden solicitar un certificado en cualquier momento. Para solicitar un certificado de cobertura médica previa, sírvase comunicarse con Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación.

\* Si bien se cree que la información contenida en el presente aviso al miembro es precisa a la fecha de su publicación, está sujeta a cambios. Contáctese con el Departamento de Servicios al Miembro si tiene dudas.

# Aviso a los miembros

Si bien se cree que la presente información es exacta a la fecha de su impresión, está sujeta a cambios.

Este material tiene sólo fines informativos y no es una oferta de cobertura ni una recomendación médica. Sólo contiene una descripción parcial y general de los beneficios del plan o programas y no constituye un contrato. Aetna no provee servicios médicos y, por lo tanto, no puede garantizar resultados o consecuencias de los mismos. Consulte los documentos de su plan [Acuerdo de Grupo, Certificado de Seguro de Grupo, Listado de Beneficios, Certificado de Cobertura, Póliza de Grupo] para determinar las disposiciones contractuales vigentes, incluyendo procedimientos, exclusiones y limitaciones relacionados con su plan. La disponibilidad de un plan o programa puede variar por área de servicio geográfica. Algunos beneficios están sujetos a limitaciones o a máximos de visitas.

Con excepción de *Aetna Rx Home Delivery*<sup>®</sup>, todos los médicos de la red, los hospitales y otros proveedores médicos son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. Aetna Rx Home Delivery, LLC. es una subsidiaria de Aetna Inc. No se podrá garantizar la disponibilidad de un proveedor en particular y la composición de la red de proveedores está sujeta a cambios. Dichos cambios serán notificados de acuerdo con la ley estatal aplicable. Algunos médicos de familia están afiliados con sistemas de servicios médicos integrados u otros grupos de proveedores (tales como, asociaciones de prácticas independientes, organizaciones de médicos y hospitales), y los miembros que eligen estos proveedores generalmente serán referidos a especialistas y hospitales dentro de estos sistemas o grupos. Sin embargo, si un sistema o grupo no incluye a un proveedor calificado para satisfacer sus necesidades médicas, el miembro puede solicitar que un proveedor fuera de la red o fuera del grupo le provea los servicios. La solicitud del miembro será revisada y requerirá la autorización previa del sistema o grupo y/o de Aetna para convertirse en un beneficio cubierto.

El Sello de Acreditación por la NCQA es un símbolo de calidad reconocido. En el listado de proveedores, los sellos de reconocimiento por la NCQA aparecen al lado de los proveedores que han merecido este reconocimiento. Los reconocimientos a proveedores por la NCQA están sujetos a cambios.

Para obtener informaciones actualizadas, por favor visite nuestro listado de proveedores en Internet, *DocFind*<sup>®</sup> en **[www.aetna.com](http://www.aetna.com)** o visite el nuevo listado de alto nivel de la NCQA en **[recognition.ncqa.org](http://recognition.ncqa.org)**.

Aetna es la marca utilizada para productos y servicios provistos por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna. Las compañías que ofrecen cobertura para beneficios médicos: Aetna Health Inc., Los beneficios médicos de auto-referencia son suscritas por Corporate Health Insurance Company y/o Aetna Life Insurance Company. En el caso de cuentas autofinanciadas, su empleador ofrece la cobertura del plan médico con servicios administrativos proporcionados únicamente por Aetna Life Insurance Company.

**Si usted necesita este documento en otro idioma, por favor llame a Servicios al Miembro al 1-888-982-3862.**