

Información importante para el consumidor* Nevada

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

Plan de beneficios médicos

El plan de beneficios médicos que usted tenga 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 hospitales. 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

*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.

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*, *USAccess* 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 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*® (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 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. Dichas 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, condiciones y limitaciones 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*SM (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

Los servicios para la salud del comportamiento son administrados por una organización de la salud del comportamiento contratada de manera independiente. Dicha organización determina la cobertura inicial y coordina las referencias médicas a proveedores de la salud del comportamiento que pertenecen a la organización. Como con otras determinaciones de cobertura, usted puede apelar una decisión de cobertura del cuidado de la salud del comportamiento, de acuerdo con los términos de su plan médico.

La cobertura que usted tiene para la salud del comportamiento depende del plan. Si su plan incluye beneficios de salud del comportamiento, es posible que usted esté cubierto para el tratamiento de problemas mentales y/o problemas de alcoholismo y drogadicción. Los miembros pueden averiguar el tipo de plan que tienen llamando al número de Servicios al Miembro de Aetna que aparece en su tarjeta de identificación.

En caso de emergencia, llame al 911 o a su línea local de emergencias, si la hubiera. Para servicios de rutina, por favor tenga en cuenta lo siguiente para acceder a los servicios de la salud del comportamiento que están disponibles bajo su plan médico:

Los miembros de los planes de Aetna basados en HMO pueden obtener servicios cubiertos y médicamente necesarios para la salud del comportamiento de las siguientes maneras:

- Con una referencia médica de su médico de familia (PCP) para acudir a la red de proveedores de la salud del comportamiento de Aetna: *Magellan Human Affairs International*.
- Con una referencia médica de un profesional de asistencia a empleados, si lo ofrece su empleador, o de un profesional de asistencia al estudiante, si lo ofrece su escuela, para acudir a la red de proveedores de la salud del comportamiento de Aetna: *Magellan Human Affairs International*.

Los proveedores de la salud del comportamiento proporcionan cobertura las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Por favor, llame directamente a *Magellan Human Affairs International* al 800-424-5882.

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.

www.aetna.com

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 cardiaca 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

“Médicamente 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 (CPBs)

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.

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

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. 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.

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, 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.

*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.

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. 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)

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 al número de teléfono de Servicios al Miembro 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 tendría 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*®, 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*® en www.aetna.com o visite el nuevo listado de alto nivel de la NCQA en 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. 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.