

Información importante para el consumidor* New York

Para los 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. Sin embargo, el plan médico excluye y/o tiene límites para la cobertura de algunos servicios que incluyen sin limitarse a, cirugía estética y 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 información general 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 o centro médico en el momento de la prestación del servicio. Las cantidades de copago, coseguro y deducible están enumeradas en su resumen de beneficios y documentos del plan.

* Los mandatos estatales no aplican 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 proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna.

Programa *Quality Improvement* (Mejora de calidad)

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

- Monitoreo de rutina de la calidad de los servicios médicos,
- La realización de auditorias de revisión de las planillas médicas en el consultorio,
- Revisión por parte del director médico, de los patrones de utilización del plan por el miembro para determinar la existencia de condiciones agudas y crónicas, así como la necesidad de programas para el manejo de enfermedades,
- Programas completos de manejo de la utilización 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,
- Análisis periódico de la disponibilidad de los proveedores y el acceso a los mismos,
- Certificación rigurosa y periódica de los proveedores, así como la contratación de médicos y centros médicos con base a la calidad del desempeño,
- Adopción y uso de directrices de práctica, incluyendo recomendaciones de atención médica preventiva,
- Programas de promoción de la salud y del bienestar que buscan identificar de forma activa a los miembros que puedan ser de alto riesgo, 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;
- 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;

Queremos que usted sepa.SM



- Programas para monitorear y tratar el posible desaprovechamiento de los servicios por parte del miembro, y de la denegación o demora en la prestación de los servicios necesarios;
- Medir el desempeño profesional de los proveedores médicos para mejorar la calidad de la atención, evaluar los costos médicos para mejorar la relación costo-beneficio de la atención, y preparar productos sofisticados e integrados de información de datos para los clientes; y
- Evaluación anual del programa de mejora de calidad, incluyendo la revisión y acreditación voluntarias del Comité Nacional de Control de Calidad (*National Committee of Quality Assurance, NCQA*), una organización independiente, sin fines de lucro, dedicada a la evaluación y elaboración de informes sobre la calidad del cuidado y de los servicios prestados por organizaciones de cuidado de la salud administrado.

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 en centros médicos. 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. Refiérase a 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 médico sin una referencia médica, el miembro deberá pagar la cuenta 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 la cantidad 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 visite directamente a un especialista o a un hospital, sin referencia médica, para atención que no sea de emergencia o de urgencia, usted deberá pagar la cuenta, 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.

Acceso directo al obstetra/ginecólogo

Este programa permite que los miembros de sexo femenino visiten a cualquier obstetra o ginecólogo que pertenece a la red para hacerse exámenes de rutina, incluyendo el Papanicolaou, y para problemas ginecológicos. Los ginecólogos y obstetras también podrán referir el miembro directamente a otros proveedores de la red para servicios 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 formarán parte de la red para todos los servicios. Su médico puede comunicarse con Aetna para identificar un centro médico que pertenece a la red y reúne sus necesidades específicas. Ciertos 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 estar cubiertos, 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.

Se puede que los médicos que atiendan y presten servicios médicos en un centro médico no sean proveedores médicos contratados.

Cuando usted recibe servicios cubiertos en un centro médico que pertenece a la red, es posible que algún proveedor que esté atendiendo no participe en nuestra red. En este caso, sus beneficios fuera de la red serán aplicables para dichos servicios. Siempre que sea posible, hable primero con el médico coordinador para evitar esta situación.

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 con experiencia en la prestación de estos servicios y que pertenece a la red. Dependiendo de los términos de su plan médico, 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 ambulatorios, su plan puede incluir un listado de medicamentos cubiertos (lista de medicamentos “preferidos”). El listado de medicamentos preferidos incluye una lista de medicamentos bajo receta que, dependiendo de su plan de farmacia, son cubiertos sobre la base de cobertura preferida. Muchos medicamentos, incluyendo muchos de los que aparecen en el listado, están sujetos a arreglos de descuento entre Aetna y los

fabricantes de los medicamentos. Dichos descuentos no reducen ni se ven reflejados en el pago del miembro por un medicamento bajo receta. Además, en las circunstancias donde su plan de farmacia utiliza copagos o coseguro calculados a base de porcentaje o un deducible, sus costos pueden ser mayores para un medicamento preferido que para un medicamento no preferido. Para obtener información sobre cómo los medicamentos son revisados y seleccionados para ser incluidos en el listado, refiérase al sitio de Internet de Aetna, www.aetna.com, o a la Guía del Listado de Medicamentos de Aetna. Se proporcionará información impresa sobre el listado de medicamentos preferidos si la solicita o si corresponde, anualmente en el caso de los miembros actuales y al momento de inscripción en el caso de los miembros nuevos. Puede obtener más información llamando a Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación de miembro. Los medicamentos que aparecen en el listado de medicamentos preferidos pueden cambiar de acuerdo con las leyes estatales aplicables.

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 farmacia. Algunos planes 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. Consulte los documentos de su plan para más detalles.

Además, en algunos planes de farmacia, 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 farmacia 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 "Limitaciones y exclusiones" de los documentos del plan (recibidos y/o disponibles 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 si tienen preguntas 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 usa el programa de entrega de medicamentos bajo receta por correo de Aetna Rx Home Delivery, LLC, estará comprando estos medicamentos a través de un afiliado de Aetna. El costo negociado con *Aetna Rx Home Delivery*[®] puede ser más alto que el costo de *Aetna Rx Home Delivery* por la compra de los medicamentos y proporción del servicio 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 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.

La legislación del Estado de Nueva York confiere por mandato que la política de seguro de grupo y los contratos que proporcionan cobertura de farmacia deben incluir una cláusula adicional que proporciona cobertura para las píldoras y dispositivos anticonceptivos que son aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o genéricos aprobados como sustitutos por la FDA. Sin embargo, los "empleadores religiosos", como definido en la ley, pueden optar por no incluir esta

cobertura en su póliza o contrato. Si un empleador religioso opta por no proporcionar la cobertura para anticonceptivos, cada asegurado/inscrito cubierto bajo el contrato tendrá el derecho de obtener una cláusula adicional sobre anticonceptivos directamente de Aetna.

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:

- Llame a su PCP para que le proporcione una referencia médica para su consulta con el grupo designado de proveedores de servicios de la salud del comportamiento.
- Cuando corresponda, un profesional de asistencia al empleado o al estudiante podrá proporcionarle una referencia médica para su consulta con el grupo designado de proveedores de servicios de la salud del comportamiento.
- Llame al número de teléfono sin cargo del proveedor de servicios de salud del comportamiento que aparece en su tarjeta de identificación. Si no aparece ningún número, llame al número de Servicios al Miembro en su tarjeta de identificación para obtener la información correspondiente.

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 familia:

- 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 o a través de otros arreglos contractuales. 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.

Medicamento 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:

- 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.
- 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 decisiones [del plan/del HMO/de la 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 (CPB)

Los boletines de la política clínica de Aetna describen las decisiones 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 decisiones clínicas sobre decisiones de cobertura individual se toman caso por caso de acuerdo con las políticas aplicables.

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

Mientras que los boletines de la política clínica de Aetna son creados para prestar asistencia en la administración del plan médico, los mismos no constituyen una descripción de los beneficios del plan. Cada plan médico 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 médico del miembro para determinar si existen exclusiones u otras limitaciones de beneficios aplicables al servicio o suministro.

Los boletines de la política clínica son actualizados periódicamente y, por lo tanto, están sujetos a cambios. Los boletines de la política clínica 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 atención (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 ciertos 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.

Ciertos servicios médicos, 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 pagos.

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 de la atención médica 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 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.

Servicios al Miembro - Proceso de resolución de quejas

Aetna no tomará ninguna represalia ni acción discriminatoria contra usted por presentar una queja o una apelación. Usted tiene el derecho de designar un representante para que presente quejas y apelaciones, en su nombre. Las quejas pueden presentarse ante:

Aetna Health Inc.
Northeast Region
1000 Middle Street
Mail Stop MC2T
Middletown, CT 06457

o

State of New York Department of Health,
Coming Tower,
The Governor Nelson A. Rockefeller Empire State Plaza,
Albany, NY 12237

o comuníquese con el Departamento al (212) 442-9666.

Proceso de resolución de quejas

I. Definiciones.

A. Una "queja" es un reclamo que puede requerir o no una acción correctiva específica y se presenta:

1. Oralmente, con respecto a una referencia médica, en caso de denegación o falta de pago, o una determinación en lo que se refiere a la cobertura de un beneficio de acuerdo con los términos del contrato; o
2. Por escrito ante Aetna.

II. Quejas verbales.

Usted puede presentar una queja verbal, según se define más arriba, llamándose al 1-888-982-3862, las 24 horas del día. Aetna emitirá un acuse de recibo escrito de la queja verbal, resumiendo la naturaleza de la queja y solicitando que firme y entregue el acuse para iniciar el proceso de queja.

III. Revisión de quejas.

Usted recibirá una notificación por escrito dentro de los 15 días hábiles de recibida su queja para:

1. Acusar recibo de cada queja; e
2. Invitarlo a que proporcione cualquier información adicional que pueda resultar de utilidad a Aetna en el tratamiento y resolución de la queja; y
3. Proporcionar nombre, dirección y número de teléfono de la persona o del departamento designado por Aetna para responder a su queja; e
4. Informarlo acerca de su derecho a recibir ayuda de un representante de Aetna que no haya participado en su caso para comprender el proceso de resolución de quejas.

La revisión de la Unidad de Quejas se llevará a cabo por de uno o más empleados de Aetna. Cuando la queja esté relacionada con un tema clínico, la revisión de la Unidad de Quejas incluirá, entre otros, a uno o más profesionales médicos habilitados, certificados o registrados. No incluirá a ninguna persona que haya tomado la decisión objeto de la apelación, ni la persona que haya tomado la decisión inicial respecto del reclamo, ni ninguna otra persona que guarde relación con la queja.

Las quejas relativas a referencias médicas o a beneficios solicitados que deben ser cubiertos según su contrato, se revisarán dentro de los 30 días de recibidas, a menos que se necesite información adicional para resolver la queja, o dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de toda la información necesaria, en el caso de que una mayor demora pudiera significativamente aumentar el riesgo de su salud. En todas las otras instancias, la Unidad de Quejas revisará la queja y tomará una decisión dentro de los 45 días de recibida toda la información necesaria.

Usted o la persona que usted designe como representante recibirá la notificación escrita informando el resultado de la decisión de la Unidad de Quejas, dentro de los 10 días hábiles de la fecha de tomada la decisión, excepto en los casos en que demorar la resolución pudiera aumentar el riesgo de su salud, en cuyo caso la notificación será telefónica y se confirmará por escrito dentro de los tres días hábiles. La notificación incluirá:

1. Una descripción de lo que la Unidad de quejas, comprende sea el objeto de su queja (esto es, valor en dólares del asunto en disputa, hechos médicos en disputa, etc.); y
2. la decisión de la Unidad en términos claros, incluyendo las consideraciones contractuales o fundamento médico, según corresponda, de forma suficientemente detallada para que el miembro pueda responder a la posición de Aetna (por ejemplo, el miembro no contactó al PCP, los servicios no fueron servicios de emergencia según cita el informe médico, los servicios no estaban cubiertos por el certificado, etc.); y
3. El fundamento clínico de la decisión en los casos en que ésta tenga una base clínica; y
4. Citas de la evidencia o documentación usada como base para la decisión (por ejemplo, referencia al Certificado, expedientes médicos, etc.); y
5. Una declaración indicando:
 - i. Que la decisión será definitiva y vinculante, a menos que usted apele por escrito a la Unidad de Apelación de Quejas dentro de los 60 días hábiles de la fecha de notificación de la decisión de la Unidad de Quejas; y
 - ii. Una descripción del proceso de apelación, y si correspondiera de la revisión externa, y el formulario correspondiente para la presentación de dicha apelación.

La decisión de la Unidad de Quejas es definitiva y vinculante, a menos que sea apelada por un miembro de Aetna dentro de los 60 días hábiles de la fecha de notificación de la decisión antes mencionada.

IV. Audiencia de apelación.

Usted recibirá del Comité de Apelación de Quejas un acuse de recibo escrito dentro de los 15 días hábiles de la recepción de una apelación presentada por escrito. Esta carta incluirá lo siguiente:

- a. Nombre, dirección y número de teléfono de la persona designada por Aetna para responder a la apelación; y

- b. Solicitud de información adicional, si fuera necesario, para asistir a Aetna a tomar una decisión; y
- c. Procedimientos que regulan las apelaciones ante al Comité de Apelación de Quejas. Se le informará de su derecho a que un representante de Aetna que no haya participado en su caso lo ayude a comprender el proceso de apelación.

El Comité de Apelación de Quejas será designado por el directorio de Aetna y está compuesto por tres miembros, uno de los cuales no puede ser empleado de Aetna. En el caso de una apelación que no esté relacionada con cuestiones clínicas, en el Comité de Apelación de Quejas puede incluirse personal calificado de nivel superior al del personal que participó en la determinación de la queja. En el caso de una apelación relativa a cuestiones clínicas, en el Comité de Apelación de Quejas se incluirá personal calificado para revisar la apelación, incluyendo profesionales médicos habilitados, certificados o registrados. El Comité de Apelación de Quejas no incluirá ninguna persona que haya tomado parte anteriormente en la resolución de la queja. Un director médico de Aetna puede ser miembro del Comité si dicho director médico no hubiera tomado parte anteriormente en la queja.

El Comité de Apelación de Quejas celebrará audiencias de apelación en las oficinas de Aetna, en ciertos días de cada mes para considerar todas las apelaciones que se hayan presentado hasta 7 días hábiles antes del día de la audiencia. Si usted no pudiera asistir a la audiencia en el día indicado, su audiencia tendrá lugar el siguiente día indicado. Si usted no pudiera asistir en ninguno de los días que se indican, la audiencia se pospondrá para un día convenido de común acuerdo.

Usted tiene derecho a estar presente en la audiencia de apelación, interrogar al representante de Aetna que se haya designado para concurrir a la audiencia, a otros testigos y a presentar su caso. Usted también tiene derecho a ser asistido o representado por una persona de su elección, y a presentar material escrito en respaldo de su queja. Usted puede traer un médico u otro(s) especialista(s) para que atestigüe en su nombre. Aetna tendrá también el derecho de presentar testigos. Si cuenta con un representante legal, éste puede presentar su caso e interrogar a los testigos. Aetna puede también ser representado por un abogado. El Comité de Apelación de Quejas tiene el derecho de interrogar al representante de Aetna, al miembro y a cualquier otro testigo.

- La audiencia de apelación será informal. El Comité de Apelación de Quejas no impone reglas formales a las pruebas para revisar la documentación o aceptar testimonio en la audiencia. El director del Comité de Apelación de Quejas tiene derecho a excluir testimonio redundante o argumentación excesiva de cualquier parte o testigo.
- El Comité de Apelación de Quejas presentará una decisión por escrito dentro de los 5 días hábiles siguientes a la conclusión de la audiencia. La decisión contendrá:
 - a. Una declaración de lo que el Comité de Apelación de Quejas comprende sea la naturaleza de la queja formal y los hechos materiales a los que se relaciona; y
 - b. La decisión del Comité de Apelación de Quejas y su fundamento; y
 - c. Un resumen de las pruebas, incluyendo documentos necesarios que respalden la decisión; y
 - d. Una declaración de sus derechos de apelación.

V. Atención médica de emergencia o de urgencia

1. En el caso de que usted o Aetna estime que surgirán en el futuro serias consecuencias médicas, dentro y hasta los 15 días desde la decisión de Aetna con respecto al reclamo de los servicios médicos, usted puede recibir la revisión acelerada de su queja.
2. Si se trata de una emergencia, un director médico de Aetna revisará su caso lo antes posible o dentro de las 48 horas, y le comunicará una decisión por teléfono. Aetna confirmará la decisión por escrito, dentro de los 3 días hábiles.
3. Si se trata de una urgencia, un director médico de Aetna revisará su caso y tomará una decisión dentro de las 96 horas de haber sido recibido.
4. Las decisiones adversas de un director médico en situaciones de emergencia o situaciones médicas urgentes se deberán revisar de forma inmediata por un director médico regional de Aetna o por la persona que él designe. La decisión del director médico regional le será comunicada por teléfono y confirmada por escrito.

VI. Retención de registros.

Aetna conservará los documentos de todas las quejas por un mínimo de 3 años, de acuerdo con la ley vigente.

VII. Tarifas y costos.

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

Revisión externa

Apelación externa

- Derecho a una apelación externa.

En ciertas circunstancias, usted tiene derecho a solicitar una apelación externa ante la denegación de cobertura. Específicamente, si Aetna ha le denegado cobertura sobre la base de que la prestación en cuestión no es médicamente necesaria o de que es un tratamiento experimental o de investigación, usted puede apelar esa decisión ante un agente de apelación externa o sea, una entidad independiente certificada por el estado para llevar a cabo dichas apelaciones.
- Derecho a apelar una decisión que determine que una prestación no es médicamente necesaria.

Si Aetna le ha denegado cobertura sobre la base de que la prestación no es médicamente necesaria, usted puede apelar ante un agente de apelación externa si satisface los criterios de la siguiente lista:
- El servicio, procedimiento o tratamiento debe ser, por otra parte, un servicio cubierto de acuerdo con el Certificado; y
- Aetna debe confirmar la denegación y notificarle de la decisión definitiva adversa o usted y Aetna deben haber acordado por escrito renunciar a cualquier apelación interna.
- Derecho a apelar una decisión que determine que una prestación es experimental o de investigación.

Si se le ha denegado cobertura sobre la base de que la prestación es un tratamiento experimental o de investigación, usted debe cumplir los siguientes criterios:
- El servicio debe ser, por otra parte, un servicio cubierto de acuerdo con el Certificado; y
- Aetna debe confirmar la denegación y notificarle de la decisión definitiva adversa o usted y Aetna deben haber acordado por escrito renunciar a cualquier apelación interna.

Además, el médico que lo atiende debe certificar que usted tiene una condición o enfermedad que produce discapacidad o pone su vida en riesgo. Una "condición o enfermedad que pone su vida en riesgo" es aquella que, de acuerdo con el diagnóstico actual del médico que lo atiende, tiene una gran probabilidad de ocasionar la muerte. Una "condición o enfermedad que produce discapacidad" es cualquier deterioro médico o físico determinable médicamente, que puede preverse que resultará en la muerte, o que ha perdurado o puede perdurar por un período continuo de no menos de 12 meses, que lo inhabilita para participar en cualquier actividad sustancialmente lucrativa. En el caso

de un hijo dependiente menor de 18 años, “una condición o enfermedad que produce discapacidad” es cualquier deterioro físico o mental determinable médicamente, de gravedad similar.

El médico que lo atiende debe también certificar que la condición o enfermedad que produce discapacidad o que pone su vida en riesgo es una condición o enfermedad para la cual los servicios de salud estándar son ineficaces o médicamente inadecuados, o que es una condición o enfermedad para la cual no existe un servicio o procedimiento estándar más beneficioso que esté cubierto por el Certificado, o que es una condición o enfermedad para la cual existe un ensayo clínico (según lo define la ley).

Por otra parte, el médico que lo atiende debe recomendar por lo mínimo lo siguiente:

- Un servicio, procedimiento o tratamiento sea indicado por documentos de prueba médica y científica como más probable de ser beneficioso para usted que cualquier servicio cubierto estándar (sólo se considerarán ciertos documentos a favor de esta recomendación - el médico que lo atiende deberá contactarse con el Estado para obtener información actualizada acerca de qué documentos se considerarán aceptables); o
- Un ensayo clínico para el cual usted sea elegible (sólo pueden considerarse determinados ensayos clínicos).

A los fines de esta sección, el médico que lo atiende debe ser un médico calificado habilitado, con certificación del consejo o elegible para certificación del consejo para ejercer en el área correspondiente y poder tratar la condición o enfermedad que puede poner en riesgo su vida o generar discapacidad.

El proceso de apelación externa.

Si usted ha recibido una decisión final adversa respaldando una denegación de cobertura sobre la base de que la prestación no es médicamente necesaria o que es un tratamiento experimental o de investigación, usted tiene 45 días desde la recepción de dicha notificación para presentar una solicitud escrita de apelación externa. Si usted y Aetna han acordado renunciar a la apelación interna, usted cuenta con 45 días de recibida la comunicación de tal renuncia para presentar la solicitud para una apelación externa. Aetna proporcionará una solicitud de apelación externa con la decisión definitiva adversa o su renuncia escrita al proceso de apelación interna.

Usted puede también solicitar una apelación externa al Departamento de Seguros del Estado de Nueva York llamando al 1-800-400-8882. Debe presentar la solicitud completa en dicho Departamento en la dirección que aparece en la solicitud. Si usted cumple con los criterios necesarios para una apelación externa, el Estado enviará la solicitud a un agente certificado de apelación externa. Junto con la solicitud tendrá la oportunidad de presentar documentación adicional. Si el agente de apelación externa determina que la información que usted ha presentado representa un cambio material de la información sobre la cual Aetna basó su denegación, dicho agente compartirá esta información con Aetna para ejercer su derecho de reconsiderar su decisión. Si Aetna opta por ejercer este derecho, tendrá 3 días hábiles para modificar o confirmar su decisión. Observe que en el caso de una apelación acelerada (descrita a continuación), el HMO no tiene derecho a reconsiderar su decisión.

Generalmente, el agente de apelación externa debe tomar una decisión dentro de los 30 días de recibida la solicitud completa. El agente de apelación externa puede solicitar información adicional, a usted, a su médico o a Aetna. Si el agente de apelación externa solicita información adicional, tendrá 5 días hábiles adicionales para tomar una decisión. El agente debe notificarle su decisión por escrito dentro de los 2 días hábiles.

Si el médico que lo atiende certifica que una demora en prestación del servicio que ha sido denegado lo expone a una amenaza grave o inminente para su salud, usted puede solicitar una apelación externa acelerada. En ese caso, el agente de apelación externa debe tomar una decisión dentro de los 3 días de recibida la solicitud completa. Inmediatamente después de tomada una decisión, el agente de apelación externa debe procurar notificarla a usted y a Aetna, por teléfono o por fax. El agente de apelación externa debe también notificarle por escrito, dicha decisión.

Si el agente de apelación externa anula la decisión de Aetna de que una prestación no es médicamente necesaria o aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o en investigación, Aetna prestará cobertura en función de los otros términos y condiciones del Certificado. Si el agente de apelación externa aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o en investigación que forma parte de un ensayo clínico, Aetna sólo cubrirá los costos de los servicios necesarios para proporcionarle dicho tratamiento de acuerdo con el propósito del ensayo. Aetna no será responsable de los costos de medicamentos o dispositivos en investigación, los costos de atención no médica, los costos de gestión de la investigación, ni de los costos que no serían cubiertos

por este Certificado en caso de los tratamientos proporcionados en el ensayo clínico no tuvieran fines experimentales o de investigación.

La decisión del agente de apelación externa es vinculante, tanto para usted como para Aetna. La decisión del agente de apelación externa es admisible en cualquier procedimiento judicial.

Responsabilidades del miembro.

El miembro es responsable de iniciar el proceso de apelación externa. El miembro puede iniciar el proceso de apelación externa, presentando una solicitud ante el Departamento de Seguros del Estado de Nueva York. Si la prestación solicitada ya ha sido administrada al miembro, el médico que lo atiende puede presentar una solicitud de apelación acelerada en nombre del miembro, pero solamente si este último lo ha autorizado por escrito.

De acuerdo con las leyes del Estado de Nueva York, la solicitud de apelación completa del miembro debe presentarse, ya sea dentro de los 45 días de la fecha en la cual el miembro recibió la notificación escrita de Aetna que respalda la denegación de la cobertura o de la fecha en la cual el miembro reciba la renuncia escrita de toda apelación interna. El HMO no tiene autoridad para conceder una extensión de esta directiva.

Los miembros pueden obtener información adicional sobre sus derechos de los entes reguladores del estado.

La dirección del sitio de Internet del Departamento de Seguros en Nueva York es: www.ins.state.ny.us.

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; 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; gestión del listado; procesos de litigación; transferencia de pólizas o contratos de y a otras aseguradoras, HMOs y administradores externos; y actividades de suscripción y actividades de diligencia debida en conexión con la compra o venta de parte o toda 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: Aetna Legal Support Services Department 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 ciertas disposiciones contenidas en el plan médico de grupo/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)

El objeto de este documento es el de notificarle que puede corresponder un período de exclusión para las condiciones preexistentes en su caso, si el plan de grupo/empresa al que usted pertenece o que lo cubre incluye dicha disposición, ésta se podrá anular si usted tiene una cobertura comprobable previa.

Cobertura comprobable

La cobertura comprobable incluye toda cobertura bajo un plan médico de grupo (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 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).

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.

Cómo proporcionar comprobación de su cobertura

Usted debe haber recibido una **certificación de cobertura previa de plan médico de grupo/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 grupo/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 grupo/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.

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 ciertos 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 grupo 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, 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 del casamiento, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

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 información dada en el presente documento 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 de los programas y no constituye un contrato. Aetna hace los arreglos para la prestación de los servicios médicos. Sin embargo, Aetna no es un proveedor de servicios médicos y por lo tanto no puede garantizar ningún resultado o consecuencia 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 los procedimientos, exclusiones y limitaciones relacionados con su plan. La disponibilidad de un plan o programa puede variar por área de servicio geográfica y por diseño del plan. Estos planes contienen exclusiones y limitaciones y algunos beneficios están sujetos a limitaciones o a máximos de visitas.

Con excepción de *Aetna Rx Home Delivery*[®], todos los médicos, hospitales y otros proveedores que pertenecen a la red 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 cualquier proveedor 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 están afiliados con sistemas de servicios médicos integrados u otros grupos médicos (tales como asociaciones de práctica independiente y organizaciones de médicos y hospitales) y los miembros que eligen a 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 las necesidades médicas del miembro, el miembro puede solicitar que un proveedor que no pertenece al sistema o al grupo le provee los servicios médicos. 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 NCQA es un símbolo de calidad reconocido. En el listado de proveedores, los sellos de reconocimiento por NCQA aparecen al lado de los proveedores que han merecido este reconocimiento. Los reconocimientos a proveedores por NCQA están sujetos a cambios.

Para obtener información actualizada, visite *DocFind*[®], nuestro listado de proveedores en Internet, en **www.aetna.com** o visite el nuevo listado de alto nivel de NCQA en **recognition.ncqa.org**.

Aetna es la marca utilizada para los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna. Los beneficios obtenidos dentro o fuera de la red con una referencia médica son suscritos por Aetna Health Insurance Company of New York y Corporate Health Insurance Company. En el caso de cuentas autofinanciadas, su empleador ofrece la cobertura médica con servicios administrativos proporcionados únicamente por Aetna Life Insurance Company.