

Divulgación de información importante

Organización para el mantenimiento de la salud de Aetna (HMO)

Elect Choice®

Aetna Select®

Índice

Comprenda su plan de beneficios.....	3
Obtenga información del plan en línea y por teléfono	3
Si ya está inscrito en un plan de salud de Aetna®	3
¿Todavía no es miembro?.....	4
Busque en nuestra red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica	4
Ayuda para quienes hablan otro idioma y para las personas con problemas auditivos.....	4
Lo que usted paga.....	5
Sus costos cuando sale de la red.....	6
PCP, remisiones y otras normas para usar su plan	6
Elija un médico de atención primaria.....	6
Remisiones: su PCP puede remitirlo a un especialista cuando sea necesario	6
PCP y normas de remisión para obstetras/ginecólogos	7
Certificación previa: obtener aprobaciones para servicios.....	7
Información sobre beneficios específicos	7
Atención de emergencia y de urgencia y atención fuera del horario de atención	7
Beneficio de medicamentos con receta	8
Beneficios de salud mental y para casos de adicciones.....	9
Trasplantes y otras afecciones complejas.....	10
Beneficios importantes para las mujeres.....	10
Sin cobertura debido a sanciones de los Estados Unidos.....	10
Conozca lo que está cubierto	11
Los planes solo cubren productos y servicios médicamente necesarios	11
Puede revisar los Boletines de Políticas Clínicas de Aetna en aetna.com.....	12
Qué debe hacer si no está de acuerdo con nosotros.....	12
Reclamos, apelaciones y revisión externa.....	12

Divulgación de información importante

Organización para el mantenimiento de la salud de Aetna (HMO)

Elect Choice®

Aetna Select®

Índice (cont.)

Derechos y responsabilidades del miembro	13
Conozca sus derechos como miembro	13
Tome decisiones médicas antes de su procedimiento	13
Su información personal es privada	13
Cualquier persona puede obtener atención médica	14
Sus derechos para inscribirse más adelante si decide no inscribirse ahora	14
Base de datos de reclamaciones de todos los pagadores de Rhode Island (APCD)	15
Sus derechos según la Ley de Garantía de los Ingresos Jubilatorios del Empleado de 1974 (ERISA)	16

Comprenda su plan de beneficios

Los planes de beneficios de salud de Aetna cubren la mayoría de los tipos de atención médica de un médico u hospital, pero no cubren todo. Este es un "plan autofinanciado", lo que significa que su empleador, y no Aetna, es responsable del diseño del plan y de los beneficios cubiertos por él. El plan cubre la atención preventiva recomendada y la atención que necesita por razones médicas. No cubre los servicios que usted simplemente podría desear, como la cirugía plástica. Tampoco cubre tratamientos que aún no son ampliamente aceptados. También debe saber que algunos servicios pueden tener límites. Por ejemplo, un plan puede permitir solo un examen de la vista por año.

Dónde encontrar información sobre su plan específico

La mayoría de la información en este folleto se aplica a todos los planes, pero parte de ella no. Por ejemplo, no todos los planes tienen deducibles o beneficios de medicamentos con receta. Los documentos de su plan contienen todos los detalles del plan que elija. Esto incluye lo que está cubierto, lo que no está cubierto y lo que pagará por los servicios. Los nombres de los documentos del plan varían. Entre ellos, se incluyen: Programa de beneficios, Descripción resumida del plan (SPD) y Resumen de la modificación del material (SMM) y cualquier actualización que los acompañe.

Si no puede encontrar los documentos de su plan, llame a su empleador para solicitar una copia. Su empleador, y no Aetna, es responsable de proporcionar copias de documentos del plan como el SPD y el SMM a los participantes del plan.

Aetna es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por uno de los grupos de compañías subsidiarias de Aetna o más. Los beneficios de salud y los planes de seguro de salud son ofrecidos, suscritos o administrados por Aetna Health Inc., Aetna Health Insurance Company o Aetna Life Insurance Company.

Obtenga información del plan en línea y por teléfono

Si ya está inscrito en un plan de salud de Aetna®

Tiene tres maneras convenientes de obtener información del plan en cualquier momento, de día o de noche:

1. Inicie sesión en su sitio web seguro para miembros

Puede obtener información sobre la cobertura de su plan en línea. También puede obtener detalles sobre cualquier programa, herramienta y otros servicios incluidos en su plan. Simplemente regístrese una vez para crear un nombre de usuario y una contraseña.

Tenga a mano su identificación de Aetna. Ingrese a [aetna.com](https://www.aetna.com) y haga clic en "Log In" (Iniciar sesión). Siga las instrucciones para completar el registro por única vez.

Luego podrá iniciar sesión en cualquier momento para:

- Verificar quién está cubierto y qué está cubierto
- Hacer un seguimiento de las reclamaciones o ver copias anteriores de las declaraciones de Explicación de beneficios
- Usar la herramienta de búsqueda de proveedores en línea para buscar atención dentro de la red
- Utilizar nuestras herramientas de costo de atención para conocerlo antes de recibir la atención
- Obtener más información y acceder a los programas de bienestar incluidos en su plan

2. Use su dispositivo móvil para acceder a una versión optimizada de nuestro sitio web seguro para miembros

Vaya a su Play Store (Android) o App Store (iPhone) y busque Aetna® Mobile. También puede enviar un mensaje de texto con la palabra "APPS" al 23862 para descargar la aplicación.

A continuación, presentamos solo algo de lo que puede hacer desde Aetna® Mobile:

- Encontrar un médico o un centro
- Ver alertas y mensajes
- Ver sus reclamaciones, cobertura y beneficios
- Ver la información de su identificación

- Usar el Calculador de pagos para miembros
- Contactarse con nosotros por teléfono o correo electrónico

3. Llame al Departamento de Servicios para miembros al número gratuito que aparece en su identificación de Aetna®

Como miembro de Aetna, puede usar las opciones de autoservicio de Aetna Voice Advantage® para lo siguiente:

- Verificar quién está cubierto por su plan
- Averiguar qué cubre su plan
- Obtener una dirección para enviar su reclamación por correo y verificar el estado de una reclamación
- Encontrar otras formas de comunicarse con Aetna
- Solicitar una identificación de Aetna de reemplazo
- Ser transferido a servicios de salud conductual (si están incluidos en su plan)

También puede hablar con un representante para:

- Comprender cómo funciona su plan o lo que va a pagar
- Obtener información sobre cómo presentar una reclamación
- Obtener una remisión
- Buscar atención fuera de su área
- Presentar un reclamo o una apelación
- Obtener copias de los documentos de su plan
- Contactarse con servicios de salud conductual (si están incluidos en su plan)
- Encontrar información de salud específica
- Obtener más información sobre nuestro programa de Administración de calidad

¿Todavía no es miembro?

Busque en nuestra red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica

Use nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea para obtener la lista más actualizada de profesionales y centros de atención médica. Puede obtener una lista de médicos disponibles por código postal o ingresar el nombre de un médico específico en el campo de búsqueda.

Miembros actuales: ingrese a aetna.com e inicie sesión. Desde la página principal de su sitio web seguro para miembros, seleccione "Find a Doctor" (Buscar un médico) en la barra de menú superior y comience su búsqueda.

Si está considerando inscribirse: ingrese a aetna.com y seleccione "Find a doctor" (Buscar un médico) en la parte superior de la página de inicio. Luego, siga los pasos en "¿Todavía no es miembro?" para buscar proveedores.

Obtenga un directorio impreso GRATUITO

Para obtener una lista impresa gratuita de médicos y hospitales, llame al número gratuito que figura en su identificación de Aetna. Si aún no es miembro, llame al **1-888-982-3862**.

Ayuda para quienes hablan otro idioma y para las personas con problemas auditivos

Si necesita asistencia lingüística, llame al número del Departamento de Servicios para miembros que se encuentra en su identificación de miembro y un representante de Aetna lo conectará con un intérprete. También puede obtener asistencia de interpretación para problemas de administración de utilización o para registrar un reclamo o una apelación. Si usted es sordo o tiene problemas auditivos, use su TTY y marque **711** para el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones. Una vez conectado, ingrese o proporcione el número de teléfono de Aetna al que está llamando.

Help for those who speak another language and for the hearing impaired

If you require language assistance, please call the Member Services number on your Aetna ID card, and an Aetna representative will connect you with an interpreter. You can also get interpretation assistance for utilization management issues or for registering a complaint or appeal. If you're deaf or hard of hearing, use your TTY and dial **711** for the Telecommunications Relay Service. Once connected, please enter or provide the Aetna telephone number you're calling.

Nuestra herramienta de búsqueda en línea es más que solo una lista de nombres y direcciones de médicos. También incluye información sobre:

- A qué facultad de medicina asistió el médico
- Estado de la certificación del consejo
- Idiomas que habla
- Afiliaciones a hospitales
- Sexo
- Indicaciones para llegar

Organizaciones responsables de la salud (ACO): redes de médicos que ayudan a mejorar la atención al tiempo que reducen los costos

Las organizaciones responsables de la salud son redes de médicos de atención primaria, especialistas y al menos un hospital. Su misión es coordinar mejor la atención del paciente para mejorar la eficiencia, la calidad y la satisfacción del paciente.

Al igual que la mayoría de los planes, Aetna paga a estos médicos y hospitales por servicio. Les pagamos más cuando alcanzan ciertos objetivos. El monto de estos pagos depende del grado de cumplimiento con los objetivos* de eficiencia y calidad de las ACO:

- Aumentar las pruebas de detección de cáncer, diabetes y colesterol
- Reducir las visitas evitables a la sala de emergencias, las hospitalizaciones a corto plazo, las pruebas repetitivas y el costo general de la atención

La ACO también puede tener que hacer pagos a su empleador si no logran sus objetivos. Esto ayuda a fomentar ahorros ligados al valor y mejores resultados de salud para nuestros miembros. Los médicos y hospitales que son miembros de una ACO pueden tener sus propios acuerdos financieros a través de la misma red. Consulte con su médico para obtener detalles.

Es importante que los médicos tengan una visión completa de su atención médica para proporcionar planes de tratamiento personalizados para sus necesidades particulares. Por esa razón, Aetna puede compartir su información de salud con la organización responsable de la salud o con médicos dentro de la red.

Puede ver qué proveedores de atención médica forman parte de una ACO cuando usa nuestra herramienta de

búsqueda de proveedores en línea. Consulte "Busque en nuestra red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica" en este folleto para obtener más información. Después de ingresar sus criterios de búsqueda, busque el logotipo específico de la red.

Lo que usted paga

En la mayoría de los planes autofinanciados, usted compartirá el costo de su atención médica. Se los denomina costos "que paga de su bolsillo". Los documentos de su plan muestran los montos que se aplican a su plan específico. Esos costos pueden incluir:

- **Copago:** un monto fijo (por ejemplo, \$25) que paga por un servicio de atención médica cubierto. Por lo general, paga esto cuando obtiene el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio. Por ejemplo, puede pagar un monto diferente para ver a un especialista del que pagaría por ver a su médico de familia.

Se pueden aplicar otros copagos al mismo tiempo:

- **Copago por hospitalización:** este copago se aplica cuando es paciente de un hospital.
- **Copago de la sala de emergencias:** esta es la cantidad que paga cuando va a la sala de emergencias. Si lo internan en el hospital dentro de las 24 horas, no tendrá que pagarlo.
- **Coseguro:** su parte de los costos de un servicio cubierto. Por lo general, este es un porcentaje (por ejemplo, 20%) del monto permitido para el servicio. Por ejemplo, si el monto permitido del plan de salud para una visita al consultorio es de \$100 y usted ha alcanzado su deducible, su pago de coseguro del 20% sería \$20. El plan de salud paga el resto del monto permitido.
- **Deducible:** el monto que debe pagar por los servicios de atención médica antes de que su plan comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, tiene que pagar los primeros \$1,000 por los servicios cubiertos antes de que el plan comience a pagar. Es posible que no tenga que pagar el deducible para ciertos servicios.

Estos son términos genéricos y sus definiciones. Consulte el SPD específico de su plan para conocer las definiciones utilizadas en su plan.

* Los objetivos específicos varían de una red a otra.

Sus costos cuando sale de la red

HMO, Elect Choice y Aetna Select son planes solo de red. Eso significa que el plan cubre los servicios de atención médica solo cuando los proporciona un médico que participa en la red de Aetna. Si recibe servicios de un médico u otro proveedor de atención médica fuera de la red, deberá pagar todos los costos de los servicios, a excepción de casos en que la atención se recibe debido a una emergencia. Consulte "Atención de emergencia y de urgencia y atención fuera del horario de atención" para obtener más información.

Usar la red simplemente tiene sentido

- El plan incluye tarifas con descuento negociadas.
- Los médicos y hospitales dentro de la red no le facturarán los costos superiores a las tarifas de la red para los servicios cubiertos.
- Usted obtiene acceso a atención de calidad de nuestra red nacional.

Para obtener más información sobre la forma en que su plan paga los beneficios fuera de la red, ingrese a aetna.com. Escriba "cómo paga Aetna" en el cuadro de búsqueda.

PCP, remisiones y otras normas para usar su plan

Elija un médico de atención primaria

Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que participe en la red de Aetna y acepte nuevos pacientes. Si no elige un PCP cuando sea necesario, sus beneficios pueden ser limitados o Aetna puede seleccionar un PCP para usted. Incluso cuando no se lo exijan, sigue siendo una buena idea elegir un PCP, ya que un PCP puede conocer sus necesidades de atención médica y ayudarlo a administrar mejor su atención médica.

Un PCP es el médico al que acude cuando necesita atención médica. Si se trata de una emergencia, no es necesario que llame primero a su PCP. Este médico puede coordinar toda su atención o la atención para situaciones que no sean de emergencia. Su PCP realizará exámenes físicos, solicitará pruebas y exámenes de detección y lo ayudará cuando esté enfermo. Su PCP también lo remitirá a un especialista cuando sea necesario.

Infórmenos a quién eligió como su PCP

Cada miembro de la familia puede elegir un PCP diferente de la red de Aetna. Ingrese el número de identificación del PCP que eligió en su formulario de inscripción. O bien, llame al Departamento de Servicios para miembros después de que se inscriba para informar a Aetna sobre su elección. Puede cambiar el PCP que eligió en cualquier momento.

Remisiones: su PCP puede remitirlo a un especialista cuando sea necesario

Una "remisión" es una solicitud por escrito para que usted vea a otro médico. Algunos médicos pueden enviar el derecho de remisión a su especialista por usted. No hay documentos impresos involucrados.

Hable con su médico para comprender por qué necesita ver a un especialista. Y recuerde siempre obtener la remisión antes de recibir la atención.

Recuerde estos datos sobre las remisiones:

- No necesita una remisión para la atención de emergencia.
- Si no obtiene una remisión cuando sea necesario, es posible que tenga que pagar la factura usted mismo. Si su plan le permite usar proveedores fuera de la red, el plan lo pagará como un beneficio fuera de la red.
- Su especialista podría recomendarle un tratamiento o pruebas que no estaban en la remisión original. En ese caso, es posible que deba obtener otra remisión de su PCP para esos servicios.
- Las mujeres pueden ir a un obstetra/ginecólogo sin una remisión. Consulte "PCP y normas de remisión para obstetras/ginecólogos" a continuación.
- Las remisiones son válidas por un año, siempre y cuando usted aún sea miembro del plan. Su primera consulta debe ser dentro de los 90 días desde la fecha de emisión de la remisión.

Remisiones dentro de grupos de médicos

Algunos PCP son parte de un grupo más grande de médicos. Estos PCP generalmente lo derivarán a otro médico dentro de ese mismo grupo. Si este grupo no puede satisfacer sus necesidades médicas, puede solicitar a Aetna una excepción de cobertura para buscar atención fuera de este grupo. Es posible que, además, deba obtener una certificación previa para estos servicios. Y también puede necesitar el permiso del grupo de médicos.

PCP y normas de remisión para obstetras/ginecólogos

Una mujer miembro puede acudir a cualquier obstetra/ginecólogo que participe en la red de Aetna sin una remisión o autorización previa. Las consultas pueden ser para:

- Chequeos, incluido el examen de mama
- Mamografía
- Prueba de Papanicolaou
- Problemas obstétricos o ginecológicos

Además, un obstetra/ginecólogo puede proporcionar remisiones para servicios obstétricos o ginecológicos cubiertos, al igual que un PCP. Simplemente siga las normas de su plan. Su obstetra/ginecólogo podría ser parte de un grupo de médicos más grande. Si es así, cualquier remisión será a un especialista en ese grupo más grande. Consulte con el obstetra/ginecólogo para ver si el grupo tiene diferentes políticas de remisión.

Certificación previa: obtener aprobaciones para servicios

En ocasiones, pagaremos la atención solo si hemos otorgado una aprobación antes de que usted la reciba. Llamamos a eso "certificación previa". Por lo general, solo necesita una certificación previa para recibir atención más seria, como una cirugía o una internación en un hospital. Los documentos de su plan mencionan todos los servicios que requieren esta aprobación. Su PCP o especialista de la red obtendrá esta aprobación por usted.

No necesita obtener certificación previa para servicios de emergencia.

Qué buscamos al analizar una solicitud

En primer lugar, como administrador de reclamaciones de su plan autofinanciado, verificamos que siga siendo miembro y nos aseguramos de que el servicio se considere médicamente necesario para su afección. También nos aseguramos de que el servicio y el lugar solicitado para obtener el servicio sean rentables. Nuestras decisiones se basan completamente en la idoneidad de la atención y el servicio y la existencia de cobertura, utilizando directrices y recursos reconocidos a nivel nacional. Podemos sugerir un tratamiento o un lugar de servicio diferentes que sean igual de efectivos pero que cuesten menos. Además, nos fijamos en si usted reúne los requisitos para uno de nuestros programas de administración de atención. Si es así, uno de nuestros enfermeros puede contactarlo.

La certificación previa no verifica que haya alcanzado los límites en dólares del plan o los máximos de consultas para el servicio solicitado. Entonces, incluso si obtiene la aprobación, es posible que el servicio no esté cubierto.

Proceso de revisión posterior a la certificación previa (revisión de utilización/administración de pacientes)

El programa de administración de pacientes puede ayudarlo a obtener la atención que necesita y maximizar la cobertura para esos servicios de atención médica. En ciertas situaciones, su caso se revisa para garantizar que el servicio o suministro cumpla con las pautas establecidas y sea un beneficio cubierto bajo su plan. Esto se denomina "revisión de utilización".

Durante las revisiones, el plan sigue normas específicas para poder priorizar su salud

- El plan no recompensa a los revisores por negar la cobertura.
- El plan no fomenta las denegaciones de cobertura. De hecho, el personal de revisión se centra en los riesgos de que los miembros no reciban la atención adecuada. Cuando cierto uso es apropiado, los revisores utilizan directrices y recursos reconocidos a nivel nacional, como MCG (anteriormente conocido como Pautas de Atención Milliman) para revisar las solicitudes de cobertura. Los grupos de médicos, como las asociaciones de práctica independiente, pueden usar otros recursos que consideren apropiados.
- El plan no fomenta las decisiones sobre la utilización que deriven en un nivel bajo de utilización.

Aviso: usted debe asumir personalmente todos los costos si utiliza atención médica no autorizada por este plan o compra medicamentos que no estén autorizados por este plan.

Información sobre beneficios específicos

Atención de emergencia y de urgencia y atención fuera del horario de atención

Una afección médica de emergencia significa que sus síntomas son repentinos y severos. Significa que una persona promedio con conocimientos médicos promedio puede esperar que no recibir ayuda de inmediato puede ocasionar la muerte o riesgo para su salud. Para una mujer embarazada, eso incluye al feto.

La atención de emergencia está cubierta en cualquier momento y en cualquier lugar del mundo. Si necesita atención de emergencia, siga estas pautas:

- Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. Si tiene tiempo, llame a su médico o PCP.
- Informe a su médico o PCP lo antes posible después. Un amigo o familiar pueden llamar en su nombre.
- No debe obtener aprobaciones para servicios de emergencia.

Usted cuenta con cobertura para atención de emergencia

Tiene cobertura de emergencia mientras viaja o si se encuentra cerca de su casa. Eso incluye a los estudiantes que están en la escuela.

En ocasiones, no puede elegir dónde ir para recibir atención, por ejemplo, si va a la sala de emergencias por un ataque cardíaco o un accidente automovilístico. Cuando necesite atención de inmediato, vaya a cualquier médico, clínica ambulatoria, centro de atención de urgencia o sala de emergencias. Cuando no tiene otra opción, el plan pagará la factura como si hubiese recibido atención dentro de la red. Usted paga los copagos, coseguros y deducibles de su plan por su nivel de beneficios dentro de la red.

El plan revisará la información cuando llegue la reclamación. Si el revisor cree que la situación no era urgente, podríamos solicitarle más información y enviarle un formulario para completar. Complete el formulario o llame al Departamento de Servicios para miembros para proporcionar la información por teléfono.

Atención de seguimiento

Su PCP debe coordinar toda la atención de seguimiento. Por ejemplo, necesitará un médico para quitar los puntos de sutura o un yeso o tomar otra serie de radiografías para ver si se ha sanado. Necesitará una remisión para la atención de seguimiento que su PCP no realiza. Es posible que también necesite obtener aprobación si obtiene atención fuera de la red.

Atención fuera del horario de atención, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana

Llame a su médico si tiene alguna pregunta o inquietud. Su médico debe tener un servicio de contestador si llama después del horario de atención de su consultorio.

También puede ir a un centro de atención de urgencia, que puede tener un horario limitado. Para encontrar un centro cerca de usted, inicie sesión en **aetna.com** y busque en la lista de médicos y otros proveedores de atención médica del plan. Consulte los documentos de su plan para ver cuánto debe pagar por servicios de atención de urgencia.

Beneficio de medicamentos con receta

Consulte los documentos de su plan para ver si incluye beneficios de medicamentos con receta. La siguiente información se aplica si su plan autofinanciado brinda cobertura de medicamentos con receta. Y las reclamaciones de cobertura son administradas por Aetna.

Algunos planes fomentan el consumo de medicamentos genéricos sobre los medicamentos de marca. Un medicamento genérico es igual a un medicamento de marca en dosis, consumo y forma. Están aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) y es seguro consumirlos. Los medicamentos genéricos suelen ser más económicos, por lo que muchos planes le dan incentivos para que consuma medicamentos genéricos. Eso no significa que no pueda usar un medicamento de marca, pero pagará más por él. Pagará su parte habitual del costo y también pagará la diferencia entre los dos precios.

Algunos planes lo alientan a comprar ciertos medicamentos con receta sobre otros

El plan puede incluso pagar una parte mayor de esos medicamentos. Consulte la Guía de medicamentos (formulario) de Aetna Pharmacy. Esta guía muestra qué medicamentos con receta están cubiertos y son preferidos. También explica cómo el plan elige los medicamentos que se incluirán en la guía. Cuando obtiene un medicamento que no está en la guía de medicamentos (formulario) de Aetna Pharmacy, su parte del costo generalmente será mayor. Consulte los documentos de su plan para saber cuánto pagará. Puede usar esos medicamentos si su plan tiene un "formulario abierto", pero pagará el copago más alto según el plan. Si su plan tiene un "formulario cerrado", esos medicamentos no están cubiertos.

Las compañías farmacéuticas pueden darle reembolsos al plan cuando usted compra ciertos medicamentos

El plan puede compartir esos reembolsos con su empleador. Los reembolsos generalmente se aplican a los medicamentos incluidos en la guía de medicamentos (formulario) de Aetna Pharmacy. También se pueden aplicar a medicamentos que no están en la guía. En los planes en los que paga un porcentaje del costo, su parte del costo se calcula en función del precio del medicamento antes de que el plan reciba cualquier reembolso.

A veces, en los planes en los que paga un porcentaje del costo en lugar de un monto fijo en dólares, es posible que pague más por un medicamento en la guía de medicamentos (formulario) de Aetna Pharmacy que por un medicamento que no está en la guía.

Los servicios de entrega a domicilio y medicamentos especializados son de las farmacias que son propiedad de Aetna

Aetna Rx Home Delivery y Aetna Specialty Pharmacy se incluyen en su red y brindan opciones convenientes para obtener medicamentos que toma todos los días o medicamentos especializados que tratan afecciones complejas.

Es posible que no tenga que apegarse a la guía de medicamentos de Aetna Pharmacy (formulario)

Algunas veces, su médico podría recomendarle un medicamento que no esté en la guía de medicamentos (formulario) de Aetna Pharmacy. Si es medicamento necesario que consuma ese medicamento, usted, una persona que lo ayude o su médico pueden pedirle al plan que haga una excepción. Su farmacéutico también puede solicitar una excepción para antibióticos y analgésicos. Para obtener detalles, consulte la documentación de su plan.

Es posible que deba probar un medicamento antes de poder probar otro

El "tratamiento escalonado" hace referencia a que puede que tenga que probar uno o más medicamentos menos costosos o más comunes antes de que se cubra un medicamento en la lista de tratamiento escalonado. Es posible que su médico desee que omita uno de estos medicamentos por razones médicas. Si es así, usted, una persona que lo esté ayudando o su médico pueden solicitar una excepción médica. Su farmacéutico también puede solicitar una excepción para antibióticos y analgésicos.

Puede solicitar una excepción para algunos medicamentos que no están cubiertos

Los documentos de su plan pueden incluir medicamentos específicos que no estén cubiertos. Es posible que su plan no cubra medicamentos que aún no hemos revisado. Es posible que usted, una persona que lo esté ayudando o su médico tengan que obtener nuestra aprobación (una excepción médica) para usar uno de estos medicamentos.

Obtenga una copia de la Guía de medicamentos (formulario) de Aetna Pharmacy

Puede encontrar la guía de medicamentos (formulario) de Aetna Pharmacy en [aetna.com/formulary/](https://www.aetna.com/formulary/). Llame al número gratuito que figura en su identificación de Aetna para solicitar una copia impresa. El plan a menudo agrega nuevos medicamentos a la guía. Consulte en línea o llame al Departamento de Servicios para miembros para ver las últimas actualizaciones.

¿Tiene alguna pregunta? Obtenga respuestas.

Pregúntele a su médico sobre medicamentos específicos. Llame al número que figura en su identificación de Aetna para preguntar cómo los paga su plan. Los documentos de su plan también detallan qué está cubierto y qué no.

Beneficios de salud mental y para casos de adicciones

La siguiente información aplica si su plan autofinanciado incluye servicios de salud mental con reclamaciones administradas por Aetna.

Debe consultar a terapeutas y otros profesionales de la salud mental que pertenezcan a la red de Aetna. A continuación se detalla cómo obtener servicios pacientes internados y externos, hospitalización parcial y otros servicios de salud mental:

- Llame al 911 si se trata de una emergencia.
- Llame al número gratuito de salud conductual en su identificación de Aetna.
- Llame al Departamento de Servicios para miembros si no aparece ningún otro número.
- Los profesionales del programa de asistencia para empleados (EAP) también pueden ayudarlo a encontrar un especialista en salud mental.

Obtenga información sobre el uso de terapeutas de la red

Queremos que se sienta bien al usar la red de Aetna para servicios de salud mental. Ingrese a [aetna.com/docfind](https://www.aetna.com/docfind) y seleccione el enlace "Quality and Cost Information" (Información sobre calidad y costos). Luego, elija "Get info on Patient Safety and Quality." (Obtener información sobre seguridad del paciente y calidad). ¿No tiene internet? Llame al Departamento de Servicios para miembros. Use el número gratuito en su identificación de Aetna para solicitar una copia impresa.

Salud conductual de Aetna ofrece dos programas de detección y prevención para miembros:

- **Programa para la depresión Beginning Right®:** educación sobre la depresión perinatal y posparto, proyección y remisión a tratamiento
- **Programa OORS:** programa de detección de riesgo de sobredosis de opioides

Llame al Departamento de Servicios para miembros para obtener más información sobre estos programas.

Trasplantes y otras afecciones complejas

El programa National Medical Excellence® (NME) es para miembros que necesitan un trasplante o que tienen una afección que solo se puede tratar en un determinado hospital. Es posible que deba acudir a un hospital de Aetna Institutes of Excellence™ para obtener cobertura para el tratamiento. Algunos planes no cubrirán el servicio si no lo hace. NME elige hospitales en función de su preparación y experiencia con estos servicios. NME también sigue las normas estatales al elegir estos hospitales.

Beneficios importantes para las mujeres

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres de 1998

Si ha tenido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, se brindará cobertura de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y el paciente para lo siguiente:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;

- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de problemas físicos de la mastectomía, incluido el linfedema.

Se proporcionarán beneficios a una persona que ya se haya sometido a una mastectomía como resultado de un cáncer de mama mientras esté cubierta por un plan de salud diferente. La cobertura se brinda de acuerdo con el diseño de su plan y está sujeta a los límites del plan, los copagos, los deducibles, el coseguro y los requisitos de remisión, si hubiere, tal como se describe en los documentos de su plan. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros al número que figura en su tarjeta de identificación o en los enlaces a continuación.

Hoja de datos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/whcra_factsheet.html

Sitio web del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos <https://www.dol.gov/sites/default/files/ebsa/about-ebsa/our-activities/resource-center/publications/your-rights-after-a-mastectomy.pdf>

Sin cobertura debido a sanciones de los Estados Unidos

Si las sanciones comerciales de los Estados Unidos lo consideran una persona bloqueada, el plan no puede proporcionarle beneficios ni cobertura. Si viaja a un país sancionado por los Estados Unidos, el plan, en la mayoría de los casos, no puede proporcionarle beneficios ni cobertura. Además, si su proveedor de atención médica es una persona bloqueada o se encuentra en un país sancionado, no podemos pagar los servicios de ese proveedor. Por ejemplo, si recibe atención mientras viaja a otro país y el proveedor de atención médica es una persona bloqueada o está en un país sancionado, el plan no puede pagar esos servicios. Para obtener más información sobre las sanciones comerciales de los Estados Unidos, ingrese a www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx.

Conozca lo que está cubierto

Evite las facturas inesperadas. Consulte los documentos de su plan para ver qué está cubierto antes de recibir atención médica. Llame al Departamento de Servicios para miembros para hacer una pregunta específica sobre la cobertura. ¿No puede encontrar los documentos de su plan? Llame a su empleador para que le envíe una copia por correo.

Estas son algunas de las maneras en que su plan determina qué está cubierto:

Los planes solo cubren productos y servicios médicamente necesarios

La necesidad médica es más que estar recetado por un médico. "Médicamente necesario" significa que su médico recetó un producto o servicio por una razón médica importante. Puede ser para ayudar a prevenir una enfermedad o afección o para verificar si tiene una. O bien puede ser para tratar una lesión o enfermedad.

El producto o servicio:

- Debe cumplir con un estándar normal para los médicos
- Debe ser el tipo correcto en la cantidad correcta durante el tiempo correcto y para la parte correcta del cuerpo
- Debe conocerse que ayuda al síntoma particular
- No puede ser para la conveniencia del miembro o del médico
- No puede costar más que otro servicio o producto que sea igual de efectivo

Solo los profesionales médicos, ya sea dentro de Aetna o, en algunos casos, revisores médicos independientes, pueden decidir si un tratamiento o servicio no es médicamente necesario. El plan no recompensa a los revisores médicos por negar la cobertura.

A veces, un grupo de médicos determinará la necesidad médica. Esos grupos pueden usar recursos diferentes de los de Aetna, por lo que la decisión de Aetna puede diferir de la de su médico. Si se deniega una reclamación de beneficios en función de nuestra determinación de que el servicio no era médicamente necesario, es posible que usted pueda apelar esa denegación. Consulte "Qué debe hacer si no está de acuerdo con nosotros" para obtener información sobre cómo presentar un reclamo o una apelación de una reclamación denegada.

Si denegamos la cobertura, usted y su médico recibirán una carta. En la carta, le explicaremos cómo puede apelar la denegación. Usted tiene el mismo derecho a apelar si un grupo de médicos denegó la cobertura. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una copia gratuita de los materiales utilizados para tomar decisiones de cobertura. O bien ingresar a aetna.com/about/cov_det_policies.html para leer las políticas de cobertura de Aetna. Los médicos pueden escribir o llamar al departamento de Administración de Pacientes si tienen preguntas. Comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros ya sea en línea o al número de teléfono que figura en su identificación de Aetna para obtener la dirección y el número de teléfono correspondientes.

Aetna utiliza la evidencia científica publicada en revistas médicas para ayudar en la decisión de qué es médicamente necesario

Esta es la misma información que usan los médicos. De igual modo, nos aseguramos de que el producto o servicio esté alineado con la forma en que lo usan los médicos que generalmente tratan la enfermedad o lesión. Es posible que usemos recursos reconocidos a nivel nacional, como MCG (anteriormente conocido como Pautas de Atención Milliman).

Aetna revisa la última tecnología médica, incluidos medicamentos, equipos y tratamientos de salud mental. Los planes también buscan nuevas formas de usar tecnologías antiguas. Para tomar decisiones, podemos:

- Revisar investigaciones de revistas médicas para asegurarnos de que el producto o servicio sea seguro y efectivo.
- Ver lo que otros grupos médicos y gubernamentales dicen al respecto. Eso incluye la Agencia Federal para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud.
- Preguntar a los expertos.
- Determinar con qué frecuencia y con qué éxito se ha utilizado.

Puede revisar los Boletines de Políticas Clínicas de Aetna en aetna.com.

Puede ver los informes publicados sobre si los productos o servicios generalmente son elegibles para la cobertura de los planes con reclamaciones administrados por Aetna y cuando se determina que los productos o servicios son médicamente necesarios. Estos informes se llaman Boletines de Políticas Clínicas (CPB).

Los CPB ayudan al plan a decidir sobre la aprobación de una solicitud de cobertura de un miembro específico. Es posible que su plan no cubra todo lo que los CPB dicen que es médicamente necesario. Cada plan es diferente, así que consulte los documentos de su plan.

Los CPB no están destinados a aconsejarlo a usted ni a su médico sobre su atención. Solo su médico puede brindarle asesoramiento y tratamiento. Hable con su médico sobre cualquier CPB relacionado con su cobertura o afección.

Usted y su médico pueden leer nuestros CPB en nuestro sitio web en aetna.com. Puede encontrarlos en "Providers" (Proveedores). ¿No tiene internet? Llame al Departamento de Servicios para miembros al número gratuito que figura en su identificación. Solicite una copia de un CPB para cualquier producto o servicio.

Qué debe hacer si no está de acuerdo con nosotros

Reclamos, apelaciones y revisión externa

Infórmenos si no está satisfecho con una respuesta que recibió de nosotros o con la forma en que nos manejamos.

Llame al Departamento de Servicios para miembros para presentar un reclamo de forma oral o para solicitar la dirección para enviar un reclamo por escrito.

El número de teléfono figura en su identificación de Aetna. También puede enviar un correo electrónico al Departamento de Servicios para miembros a través del sitio web seguro para miembros.

Si no está satisfecho después de hablar con un representante del Departamento de Servicios para miembros, puede solicitarle a un representante que envíe su problema al departamento de reclamos correspondiente.

Si no está de acuerdo con una reclamación denegada, puede presentar una apelación.

Para presentar una apelación, siga las instrucciones en la carta o la declaración de explicación de beneficios que indica que su reclamación fue denegada. La carta también le dice qué necesitamos de usted y qué tan pronto recibirá una respuesta.

Consulte también los documentos de su plan para: obtener información específica sobre cómo apelar una reclamación denegada; cuándo esa apelación puede acelerarse; una descripción de los diferentes tipos de apelaciones y sus plazos para presentar apelaciones; y, si Aetna, su empleador o su delegado toman la decisión sobre su apelación. Puede tener derecho a apelar más de una vez según su plan específico.

Obtenga una revisión de alguien que no pertenezca a Aetna

Si la denegación se basa en un criterio médico, es posible que pueda obtener una revisión externa si no está satisfecho con su apelación. Siga las instrucciones en la respuesta a su apelación. Llame al Departamento de Servicios para miembros para solicitar un formulario de revisión externa. También puede visitar aetna.com. Ingrese "revisión externa" en la barra de búsqueda.

Si el motivo de su denegación es que usted ya no es elegible para el plan, o si apeló después de que expiró el plazo para hacerlo en virtud de su plan, es posible que no pueda obtener una revisión externa.

En Indiana, ingrese a www.in.gov/idoi/2547.htm para obtener información sobre cómo presentar una queja interna o externa.

Una organización de revisión independiente (IRO) asignará su caso a un experto externo. El experto será un médico u otro profesional que se especialice en esa área o tipo de apelación.

Debe tener una decisión dentro de los 45 días calendario posteriores a la solicitud. La decisión del revisor externo es final y vinculante; seguiremos la decisión del revisor externo. También pagaremos el costo de la revisión.

Una revisión "urgente" puede ser posible

Si su médico cree que usted no puede esperar 45 días, solicite una "revisión acelerada". Eso significa que la IRO tomará su decisión lo antes posible.

Derechos y responsabilidades del miembro

Conozca sus derechos como miembro

Usted tiene muchos derechos legales como miembro de un plan de salud. También tiene muchas responsabilidades. Tiene derecho a sugerir cambios en las políticas y los procedimientos de Aetna. Esto incluye los derechos y responsabilidades de nuestros miembros.

Algunos de sus derechos se mencionan a continuación. El administrador del plan también publica una lista de derechos y responsabilidades en www.aetna.com/individuals-families/member-rights-resources.html. También puede llamar al Departamento de Servicios para miembros al número que figura en su identificación para solicitar una copia impresa.

Conozca nuestros programas de administración de calidad

Nos aseguramos de que su médico brinde atención de calidad para usted y su familia. Para obtener más información sobre estos programas, incluidos objetivos y resultados, visite nuestro sitio web en **aetna.com**. Ingrese "Administración de calidad y esfuerzos para mejorar" en la barra de búsqueda. También puede llamar al Departamento de Servicios para miembros y pedir una copia impresa. El número gratuito aparece en su identificación de Aetna.

Tome decisiones médicas antes de su procedimiento

Una "instrucción anticipada" le dice a su familia y médicos qué hacer cuando usted mismo no puede decírselo. No necesita instrucciones anticipadas para recibir atención, pero tiene derecho a elaborar una. En el hospital, pueden preguntarle si tiene instrucciones anticipadas cuando lo internen.

Existen tres diferentes tipos de instrucciones anticipadas:

1. Poder de representación duradero: nombre a la persona que desea que tome las decisiones médicas por usted.
2. Testamento en vida: explica el tipo y el grado de atención que desea recibir.
3. Orden de no reanimar: indica que no desea reanimación cardiopulmonar (RCP) si su corazón se detiene o un respirador si deja de respirar.

Puede crear una instrucción anticipada de varias maneras:

- Pídale a su médico un formulario de instrucciones anticipadas.
- Escriba usted mismo sus deseos.
- Recoja un formulario en las oficinas estatales o locales para personas mayores o en el departamento de salud local.
- Trabaje con un abogado para escribir una instrucción anticipada.
- Cree una instrucción anticipada usando un programa informático diseñado para este fin.

Fuente: American Academy of Family Physicians (Academia Estadounidense de Médicos de Familia). Advance Directives and Do Not Resuscitate Orders. Enero de 2012. Disponible en <https://familydoctor.org/advance-directives-and-do-not-resuscitate-orders/>. Visitado el 15 de mayo de 2018.

Su información personal es privada

Las políticas de Aetna protegen su información personal del uso ilegal. "Información personal" significa información que puede identificarlo como persona, así como su información financiera y de salud.

La información personal no incluye lo que está disponible para el público. Por ejemplo, cualquiera puede acceder a información sobre lo que cubre el plan. Tampoco incluye informes que no lo identifican.

Resumen de la Política de privacidad de Aetna

Cuando sea necesario para su atención o tratamiento, la operación de planes de salud u otras actividades relacionadas, Aetna usa su información personal, o puede compartirla con afiliados y puede divulgarla a:

- Sus médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros cuidadores
- Otras aseguradoras
- Prestadores
- Departamentos del gobierno
- Administradores externos (esto incluye patrocinadores del plan o empleadores)

Se les exige a estas partes que mantengan su información privada como lo estipula la ley.

Algunas de las formas en que Aetna puede usar su información incluyen:

- Administrar reclamaciones
- Tomar decisiones sobre lo que cubre el plan
- Coordinación de pagos con otras aseguradoras
- Evaluación de calidad
- Actividades para mejorar los planes
- Auditorías

Estas actividades son clave para el funcionamiento de su plan. Cuando lo permita la ley, usamos y divulgamos su información personal de las maneras explicadas anteriormente sin su permiso. El aviso de privacidad incluye una explicación completa de las formas en que se usa y divulga su información. También explica cuándo el plan necesita su permiso para usar o divulgar su información.

El plan está obligado a darle acceso a su información. Si cree que hay algo incorrecto o que falta en su información personal, puede solicitar que se modifique. El plan debe completar su solicitud dentro de un tiempo razonable. Si nosotros no estamos de acuerdo con la modificación, usted puede presentar una apelación.

Para obtener más información sobre nuestro aviso de privacidad o si desea una copia, llame al número gratuito que figura en su identificación de Aetna o ingrese a aetna.com.

Cualquier persona puede obtener atención médica

No tenemos en cuenta su raza, discapacidad, religión, sexo, orientación sexual, salud, origen étnico, credo, edad o nacionalidad para brindarle acceso a la atención médica. Por ley, se les exige a los proveedores de la red que hagan lo mismo.

Su plan debe cumplir con las siguientes leyes:

- Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964
- Ley de Discriminación por Edad de 1975
- Ley de Estadounidenses con Discapacidades
- Leyes que se aplican a quienes reciben fondos federales
- Todas las demás leyes que protegen sus derechos a recibir atención médica

Cómo su plan utiliza la información sobre su raza, origen étnico y el idioma que habla

Usted elige si quiere decirnos su raza/origen étnico y su idioma preferido. Mantendremos esa información privada. Su plan la utiliza para ayudarnos a mejorar su acceso a la atención médica. También la usamos para brindarle un mejor servicio. Consulte "Su información personal es privada" para obtener más información sobre cómo el plan usa y protege su información privada. Consulte también "Cualquier persona puede obtener atención médica".

Sus derechos para inscribirse más adelante si decide no inscribirse ahora

Cuando pierde su otra cobertura

Puede elegir no inscribirse ahora porque ya tiene seguro de salud. Puede inscribirse más tarde si pierde esa otra cobertura o si usted o su familia experimentan otros eventos de la vida tales como el divorcio o la muerte del miembro de la familia empleado por el patrocinador del plan, o si su empleador deja de contribuir al costo. Esto incluye inscribir a su cónyuge o hijos y otros dependientes. Si eso sucede, debe presentar la solicitud dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su cobertura (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura). Comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros, el Departamento de Recursos Humanos de su empleador o consulte su SPD para obtener más información.

Cuando tiene un nuevo dependiente

¿Se va a casar? ¿Tendrá un bebé? Un nuevo dependiente lo cambia todo. Y usted puede cambiar de opinión. Puede inscribirse dentro de los 31 días posteriores a un evento en su vida si elige no inscribirse durante el período de inscripción abierta normal. Los eventos de la vida incluyen:

- Matrimonio
- Nacimiento
- Adopción
- Colocación para adopción

Consulte a su administrador de beneficios para obtener más información o para solicitar una inscripción especial.

Períodos especiales de inscripción para grupos con 1 a 50 empleados

Fuera del período de inscripción abierta anual, usted, el suscriptor, su cónyuge o hijo pueden inscribirse para la cobertura dentro de los 60 días anteriores o posteriores a la ocurrencia de uno de los siguientes eventos:

1. Usted, su cónyuge o su hijo pierden involuntariamente la cobertura esencial mínima, incluida la que proporciona la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) o la continuidad de la cobertura del estado;
2. Se determinó recientemente que usted, su cónyuge o su hijo serán elegibles para pagos anticipados del crédito tributario para primas porque la cobertura en la que está inscrito ya no será una cobertura mínima esencial financiada por el empleador, incluso cuando esto se deba a que su empleador suspende o cambia la cobertura disponible en los próximos 60 días, siempre que se le permita cancelar la cobertura existente; o
3. Usted, su cónyuge o su hijo pierden elegibilidad para la cobertura de Medicaid, incluida la cobertura de Medicaid para servicios relacionados con el embarazo y la cobertura de Medicaid para aquellos con necesidades médicas, pero sin incluir otros programas de Medicaid que no brindan cobertura para atención primaria y especializada.
4. Usted, su cónyuge o su hijo se mudan y son elegibles para nuevos planes de salud.

Fuera del período de inscripción abierta anual, usted, el suscriptor, su cónyuge o hijo pueden inscribirse para la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la ocurrencia de uno de los siguientes eventos:

1. La inscripción o la falta de inscripción en otro plan de salud de usted, su cónyuge o su hijo fue involuntaria, inadvertida o errónea y fue el resultado del error, la tergiversación o la inacción de un funcionario, empleado o agente de un plan de salud.
2. Usted, su cónyuge o su hijo nos demuestran de manera adecuada que otro plan de salud en el que estuvieron inscritos viola sustancialmente una disposición material de su contrato.

3. Usted adquiere un dependiente o se convierte en dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción o cuidado adoptivo.
4. Se determina que usted, su cónyuge o su hijo son o se vuelven recientemente no elegibles para pagos anticipados del crédito tributario para primas o para reducciones de costos compartidos.

Debemos recibir aviso y el pago de alguna prima dentro de los 60 días de uno de estos eventos.

Base de datos de reclamaciones de todos los pagadores de Rhode Island (APCD)

La Base de reclamaciones de todos los pagadores de Rhode Island (APCD) proporciona informes sobre la calidad, el costo y las reformas de la atención médica. Los encargados de elaborar las políticas la usarán para ayudarlos a tomar mejores decisiones con respecto a la calidad de la atención médica.

Todas las aseguradoras de salud en Rhode Island enviarán información a la APCD. Para mantener su privacidad, no enviaremos la siguiente información a la base de datos:

- Su nombre
- Dirección
- Número del Seguro Social
- Número de teléfono
- Dirección de correo electrónico
- Cualquier otra información que pueda identificarlo

Toda la información recopilada es anónima y la seguridad es muy sólida.

Tiene derecho a no participar en el proyecto

Si no desea que se incluya su información, vaya a www.riapcd-optout.com y proporcione algunos datos sobre usted. Esto asegurará que excluyamos su información correctamente. Si no tiene acceso a Internet y desea optar por no participar, llame sin cargo a la Asistencia al consumidor del seguro de salud de Rhode Island al **1-855-747-3224**.

¿Tiene preguntas?

Comuníquese con la Base de datos de reclamaciones de todos los pagadores de Rhode Island a OHIC.RIAPCD@ohic.ri.gov o llame a la Asistencia al consumidor del seguro de salud de Rhode Island al **1-855-747-3224**.

Sus derechos según la Ley de Garantía de los Ingresos Jubilatorios del Empleado de 1974 (ERISA)

Como participante en un plan de salud grupal financiado por el empleador, usted tiene ciertos derechos y protecciones según lo estipulado en la ley ERISA.

Algunos de sus derechos se mencionan a continuación. Sus derechos se describen en forma más detallada en los documentos de su plan como se describe al comienzo de este folleto. Consulte "Comprenda su plan de beneficios" y "Dónde encontrar información sobre su plan específico". Tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir, sin costo, información sobre su plan y sus beneficios.
- Luego de solicitarlo por escrito al administrador de su plan, examinar copias de los documentos que rigen el funcionamiento del plan, los contratos, los convenios colectivos, los informes anuales y más. El administrador puede cobrarle una tarifa razonable por las copias.
- Recibir una copia de los procedimientos utilizados para determinar si una relación doméstica o una orden judicial de provisión de prestaciones de salud reúnen los requisitos.

- Continuar la cobertura de salud grupal para usted, su cónyuge o dependientes si pierden su cobertura como resultado de un evento que reúne los requisitos.
- Saber por qué se denegó una reclamación.
- Ejercer sus derechos y tomar medidas para hacer valer sus derechos, sin discriminación ni represalias.
- Obtener respuestas a sus preguntas sobre el plan. Consulte "Obtenga información del plan en línea y por teléfono" en este folleto para obtener más información. Póngase en contacto con el administrador de su plan si tiene preguntas sobre su plan. Si no le proporciona la información que solicita, usted puede obtener ayuda de la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, que figura en su directorio telefónico. También puede escribir a:

Division of Technical Assistance and Inquiries

Employee Benefits Security Administration

U.S. Department of Labor

200 Constitution Avenue, N.W.

Washington, D.C. 20210

Estamos comprometidos con la Acreditación que brinda el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA) como una forma de demostrar nuestro compromiso con una mejora constante de la calidad y la satisfacción de las expectativas de los clientes. Puede encontrar una lista completa de planes de salud y su condición con respecto al NCQA status can be en el sitio web del NCQA, <http://reportcard.ncqa.org>.

Para delimitar su búsqueda, sugerimos que busque en estas áreas:

1. **Planes de salud:** para planes salud HMO y PPO, y
2. **Proveedores de atención médica:** para buscar médicos reconocidos por el NCQA en los campos de Conexiones con consultorios médicos, Conexiones con consultorios médicos-Hogar médico centrado en el paciente, Hogar médico centrado en el paciente, Consultorio de especialidad centrado en el paciente para problemas cardíacos/apoplejía, para diabetes. Los proveedores, en todos los entornos, logran el reconocimiento presentando datos que demuestren que brindan atención de calidad. El programa evalúa constantemente medidas clave que fueron definidas al detalle y probadas en cuanto a su relación con las mejoras en la atención. Es por eso que el reconocimiento del NCQA para los proveedores está sujeto a cambios.
3. **Otras organizaciones de atención médica:**
 - **Filtre su búsqueda por "Organizaciones administradas de salud conductual":** para ver la acreditación de salud conductual
 - **Filtre su búsqueda por "Credenciales":** para ver la certificación de credenciales

Si necesita este material traducido a otro idioma, llame al Departamento de Servicios para miembros al **1-888-982-3862**.

If you need this material translated into another language, please call Member Services at **1-888-982-3862**.

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente ilegalmente a las personas por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad ni discapacidad.

Brindamos ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades y a las que necesitan asistencia lingüística.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, servicios de traducción u otros servicios, llame al **1-888-982-3862**.

Si usted considera que nosotros no le proporcionamos estos servicios o lo discriminamos en función de alguna de las clases protegidas mencionadas anteriormente, puede presentar una queja ante el coordinador de Derechos Civiles a través de las siguientes vías:

Civil Rights Coordinator,

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de HMO de CA: PO Box 24030 Fresno, CA 93779), **1-800-648-7817, TTY: 711**,

Fax: **859-425-3379** (clientes de HMO de CA: **860-262-7705**), **CRCoordinator@aetna.com**.

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles en el Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, que se encuentra disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o al **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

TTY: 711

To access language services at no cost to you, call 1-888-982-3862 .

Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-888-982-3862 . (Spanish)

如欲使用免費語言服務，請致電 1-888-982-3862 。（Chinese）

Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-888-982-3862 . (French)

Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa 1-888-982-3862 . (Tagalog)

T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowoł doo báq̄h ílínígóó kojí' hóIne' 1-888-982-3862 . (Navajo)

Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-888-982-3862 an. (German)

የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-888-982-3862 ይደውሉ። (Amharic)

(Arabic) . للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-888-982-3862

আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে এই নম্বরে টেলিফোন করুন: 1-888-982-3862 । (Bengali)

आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, 1-888-982-3862 पर कॉल करें। (Hindi)

Iji nwetaòhèrè na òrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-888-982-3862 . (Ibo)

무료 언어 서비스를 이용하려면 1-888-982-3862 번으로 전화해 주십시오. (Korean)

Ñ dyi wudu-dù kà kò dò bě dyi móuñ nì Pídyi ní, níí, dá nòbà nìà ke: 1-888-982-3862. (Kru-Bassa)

(Persian-Farsi) برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-888-982-3862 تماس بگیرید.

Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-888-982-3862 . (Russian)

(Urdu) بلاقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، 1-888-982-3862 پر بات کریں۔

Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-888-982-3862 . (Vietnamese)

Lati wọnú awọn isẹ èdè l'ọfẹ fun ọ, pe 1-888-982-3862 . (Yoruba)

Aetna es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por uno de los grupos de compañías subsidiarias de Aetna o más.