

Información importante sobre sus beneficios de salud. Nueva York

Aetna Savings Plus

Aetna Open Access® Elect Choice® EPO

Open Choice® PPO

Managed Choice® POS

Aetna Open Access Managed Choice POS

Índice

Comprenda su plan de beneficios.....	3
Ayuda para quienes hablan otro idioma y para las personas con problemas auditivos	3
Cómo obtener ayuda	4
Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas.....	4
Busque médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica en nuestra red.....	4
Transición de la atención: lo ayudaremos a cambiarse a un médico de la red	4
Costos y normas para usar su plan.....	5
Lo que usted paga.....	5
Cómo afectan las redes de proveedores organizadas por niveles lo que usted paga.....	5
Cómo les pagamos a los médicos y otros proveedores de atención médica	6
Cómo usar el plan	7
Remisiones: su PCP puede remitirlo a un especialista cuando sea necesario.....	7
Certificación previa: obtener aprobaciones para servicios.....	9
Cómo presentar una reclamación	11
Información sobre beneficios específicos	12
Condiciones generales de cobertura	12
Atención de emergencia.....	12
Beneficio de medicamentos con receta	13
Beneficios de salud mental y para casos de adicciones.....	14
Trasplantes y otras afecciones complejas.....	14
Sin cobertura debido a sanciones de los Estados Unidos.....	14
Beneficios importantes para las mujeres.....	15
Conozca lo que está cubierto	15
Verificamos si es médicamente necesario.....	15
Estudiamos la última tecnología médica	16
Publicamos nuestros hallazgos en aetna.com	16
Qué debe hacer si no está de acuerdo con nosotros.....	17
Quejas	17

Información importante sobre sus beneficios de salud. Nueva York

Aetna Savings Plus

Aetna Open Access® Elect Choice® EPO

Open Choice® PPO

Managed Choice® POS

Aetna Open Access Managed Choice POS

Índice cont.

Derechos y responsabilidades del miembro	23
Conozca sus derechos como miembro	23
Protegemos su privacidad.....	24
Cualquier persona puede obtener atención médica	25
Hay más información disponible si la solicita.....	25
Protección contra facturas sorpresa.....	26
Formulario de cesión de beneficios de una factura médica sorpresa fuera de la red del estado de Nueva York	28
Ejemplos de reembolsos fuera de la red para cobertura de grupo grande.....	29

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. El plan cubre la atención preventiva recomendada y la atención que necesita por razones médicas. No cubre los servicios que usted 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.

¿Tiene un plan Med Premier o Student?

Si tiene un plan para estudiantes por accidentes y enfermedades, visite aetnastudenthealth.com, en caso de tener preguntas, o llame a Aetna Student Health al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación para obtener más información.

Si tiene el plan médico principal de Med Premier y tiene preguntas, llame a The Boon Group® al número gratuito que figura en su identificación para obtener más información. El plan Med Premier está suscrito por Aetna Life Insurance Company. Los servicios administrativos son proporcionados por Aetna Life Insurance Company y Boon Administrative Services, Inc., un administrador externo autorizado y una subsidiaria de propiedad total de The Boon Group, Inc.

No toda la información de este folleto se aplica a 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. La información sobre esos temas solo será relevante si su plan incluye esas disposiciones.

Dónde encontrar información sobre su plan específico

Los documentos de su plan contienen todos los detalles del plan, como qué está cubierto, qué no está cubierto y los montos específicos que pagará por los servicios. Los nombres de los documentos del plan varían. Entre ellos, se incluyen: Folleto-certificado, Acuerdo grupal y Certificado de seguro grupal, Programa de beneficios,

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

Póliza de seguro grupal y los anexos y las actualizaciones que vienen con ellos.

Si no puede encontrar los documentos de su plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una copia. Use el número gratuito que aparece en su identificación de Aetna.

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 de Aetna 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.

Cómo obtener ayuda

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas

Llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación. O bien, llame al **1-888-982-3862**, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. hora del este.

También puede enviar un correo electrónico al Departamento de Servicios para Miembros. Simplemente visite el sitio web seguro para miembros **aetna.com**. Haga clic en "Contacto" después de iniciar sesión.

Los representantes del Departamento de Servicios para Miembros pueden ayudarlo a hacer lo siguiente:

- Verificar o cambiar información personal sobre su cobertura.
- Responder preguntas sobre los beneficios.
- Ayudarlo a encontrar proveedores de la red.
- Buscar atención fuera de su área.
- Informarle cómo presentar una reclamación o consultar el pago de una reclamación.
- Informarle cómo presentar reclamos y apelaciones.
- Contactarlo con servicios de salud mental (si están incluidos en su plan).
- Encontrar información de salud específica.
- Brindarle información sobre nuestro programa de Administración de calidad, que evalúa la calidad continua de nuestros servicios.

También puede usar las herramientas de autoservicio en el sitio web seguro para miembros, que le permiten hacer lo siguiente:

- Consultar el pago de una reclamación.
- Comparar hospitales en su área o en algún otro lugar del país.
- Obtener costos médicos y precios de medicamentos con receta.
- Obtener información de estilos de vida saludable.
- Obtener información de salud de la facultad de medicina de Harvard.
- Revisar nuestra enciclopedia en línea para consultar información sobre cientos de afecciones de salud.

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

Use nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea para obtener la lista más actualizada de profesionales de salud y centros de atención médica. Puede acceder a la herramienta desde el sitio web seguro para miembros **aetna.com**. Si aún no está inscrito, haga clic en "Encuentre un médico" desde la página principal.

Siga las instrucciones e ingrese el nombre de su médico en el campo de búsqueda. También puede llamarnos al número gratuito que figura en su identificación de Aetna para solicitar ayuda o una lista impresa de médicos de manera gratuita. Si aún no está inscrito, llame al **1-888-982-3862**.

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

- La facultad de medicina a la que asistió el médico
- El estado de la certificación del consejo
- Los idiomas que habla
- Las afiliaciones a hospitales
- El género
- Las indicaciones para llegar

Transición de la atención: lo ayudaremos a cambiarse a un médico de la red

Si tiene alguna afección que requiera atención continua, como diálisis o quimioterapia, o si está embarazada y empezó su segundo trimestre, puede seguir consultado a su médico actual con cobertura dentro de la red por un tiempo limitado después de la fecha de entrada en vigencia.

El programa es para las siguientes personas:

- **Miembros nuevos:** el programa cubre a su médico fuera de la red durante 60 días adicionales después de la fecha de entrada en vigencia del plan. Debe estar recibiendo tratamiento activo en la fecha de entrada en vigencia del plan.
- **Miembros cuyo médico abandona la red:** su médico debe haber abandonado la red por razones que no impliquen daño inminente a la atención de pacientes, determinación de fraude o una medida disciplinaria final por parte de la junta estatal de expedición de licencias (u otra agencia gubernamental) que afecte la capacidad del profesional de salud de ejercer. Es posible que reúna los

requisitos para seguir con su médico durante 90 días adicionales después de la fecha de entrada en vigencia del cambio.

- **Mujeres embarazadas:** si recibe aprobación, puede continuar recibiendo tratamiento de su médico actual durante el tiempo que le queda de embarazo, incluso su atención posparto cuando está directamente relacionada con el parto.

Para reunir los requisitos, su médico fuera de la red debe cumplir con lo siguiente:

- Aceptar nuestras tarifas establecidas como pago pleno.
- Cumplir con nuestros requisitos de control de calidad.
- Brindarnos información médica necesaria relacionada con su atención.
- Cumplir con nuestras políticas y procedimientos.
- Aceptar estas condiciones antes del inicio del período de transición.

Costos y normas para usar su plan

Lo que usted paga

Usted compartirá el costo de su atención médica. Estos se denominan 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 lo siguiente:

- **Copago:** un monto fijo (por ejemplo, \$15) 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.
- **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 la atención médica antes de que nuestro 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 para ciertos servicios.

Se pueden aplicar otros deducibles al mismo tiempo:

- **Deducible por hospitalización:** se aplica cuando usted es paciente en un hospital
- **Deducible por sala de emergencias:** es el monto que usted paga cuando va a la sala de emergencias, no se aplica si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas

Nota: estos son independientes de su deducible general. Por ejemplo, su plan puede tener un deducible general de \$1,000 y un deducible de sala de emergencias de \$250. Esto significa que usted paga los primeros \$1,000 antes de que el plan pague algo. Una vez que el plan comience a pagar, usted pagará los primeros \$250 de su factura si va a la sala de emergencias.

Herramienta para calcular pagos para miembros de Nueva York

Si un servicio o procedimiento no se encuentra en la Herramienta para calcular pagos para miembros en el sitio web seguro para miembros, puede recibir un costo estimado completando el Formulario de solicitud de cálculo para miembros adecuado en nuestro sitio web.

Visite la sección de información del estado en

<https://www.aetna.com/individuals-families/member-rights-resources/rights/state-specific-information.html> para encontrar el formulario o un enlace a una herramienta para calcular precios en línea.

Cómo afectan las redes de proveedores organizadas por niveles lo que usted paga

Algunos planes de salud de Aetna tienen una red de proveedores organizada por niveles. Esto significa que tiene una red dentro de otra red.

Su red de proveedores organizada por niveles se llama Aetna Savings Plus.

Los planes pueden tener un nivel, dos niveles y, algunos, tres niveles

La red de alto rendimiento se llama Aetna Savings Plus. Para este nivel más alto (Nivel 1), los médicos y hospitales deben pasar una fase adicional de revisión de costos y calidad. Nos referimos a ellos como especialistas y hospitales designados.

El segundo nivel (Nivel 2) incluye a médicos y hospitales no designados que se encuentran en la red de Aetna más amplia. Si se inscribe en el plan Open Access Managed Choice, hay un tercer nivel para los servicios cubiertos fuera de la red.

Cuando necesita atención especializada, pagará menos de su bolsillo si elige especialistas y hospitales de la red de Aetna Savings Plus. Pagará más con los niveles más bajos si su plan tiene más de un nivel. Su Programa de beneficios y Documento de cobertura describen la parte que le corresponde de los costos en función de sus opciones.

Identificamos a los médicos y hospitales de Aetna Savings Plus en nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea

Consulte “Buscar médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica en nuestra red” para aprender a usar la herramienta. Aparecerán como proveedores de Aetna Savings Plus. Si su plan tiene dos niveles de red, los proveedores participantes en el Nivel 2 se muestran en “otros resultados”. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar a un proveedor participante del Nivel 1 o el Nivel 2.

Cómo les pagamos a los médicos y otros proveedores de atención médica

Médicos que participan en nuestra red

Los médicos participantes son médicos independientes en ejercicio que no están empleados ni contratados exclusivamente por Aetna. Los médicos individuales y otros proveedores de atención médica están en la red mediante contrato directo con nosotros o afiliación con un grupo u organización que tiene un contrato con nosotros.

Hay diversas maneras en las que les pagamos a los médicos y otros proveedores de atención médica que están en la red de Aetna:

- Por caso o servicio individual (pago por servicio a las tarifas del contrato).
- Por día de hospitalización (viáticos a las tarifas del contrato).
- Capitación (un monto prepago por miembro por mes).
- A través de sistemas de prestación de servicios integrados (IDS), asociaciones de práctica independiente (IPA), organizaciones de médicos y hospitales (PHO), grupos médicos (PMG), organizaciones de salud conductual y grupos u organizaciones de proveedores similares. Les pagamos a estas organizaciones, que a su vez pueden reembolsarle al médico, la organización de proveedores o el centro de manera directa o indirecta por los servicios cubiertos. En dichos acuerdos, el grupo o la organización tiene un incentivo financiero para controlar el costo de la atención.

Servicios fuera de la red

Planes Open Choice y Open Access Managed Choice: usted puede elegir a un médico de nuestra red o fuera de la red. Cubrimos el costo de la atención en función de si el proveedor, como un médico u hospital, está dentro de la red o fuera de la red.

Planes Managed Choice: usted puede elegir a un médico de nuestra red, con o sin una remisión del PCP. También puede buscar atención médica fuera de la red. Cubrimos el costo de la atención en función de sus opciones. Usted debe obtener una remisión del PCP para consultar a médicos dentro de la red para recibir el nivel de beneficios más alto y obtener atención especializada. (Consulte la sección “Remisiones” para obtener más información sobre esto). Si usted no obtiene una remisión, su beneficio se pagará al nivel no preferido o sin remisión. Este es el mismo nivel de beneficios que si fuera a un médico fuera de la red.

Fuera de la red significa que no tenemos un contrato de tarifas de descuento con ese médico. No sabemos exactamente cuánto le cobrará un médico fuera de la red. Si elige un médico fuera de la red, su plan de salud de Aetna puede pagar parte de la factura de ese médico. La mayoría de las veces, pagará más dinero de su bolsillo si elige consultar a un médico fuera de la red.

Su médico u hospital fuera de la red establecen la tarifa que le cobrarán. Puede ser más alta, a veces mucho más, que lo que su plan Aetna reconoce o permite. Su médico puede cobrarle a usted la cantidad en dólares que el plan no reconoce. También pagará copagos, coseguros y deducibles más altos de acuerdo con su plan. Ningún monto en dólares por encima del cargo reconocido se tiene en cuenta para su deducible o los límites de lo que paga de su bolsillo.

Esto significa que usted es totalmente responsable de pagar todo lo que esté por encima del monto que el plan permite para un servicio o procedimiento.

Cuando elige ver a un médico fuera de la red, pagamos su atención médica según el plan que usted o su empleador elijan. Algunos de nuestros planes pagan por servicios fuera de la red guiándose por lo que pagaría Medicare y ajustan ese monto hacia arriba o hacia abajo. Nuestros planes van desde pagar el 90 % de Medicare (es decir, el 10 % menos de lo que Medicare pagaría) hasta el 300 % de Medicare (la tasa de Medicare multiplicada por tres). Algunos planes pagan por servicios fuera de la red según lo que se llama el cargo habitual

o el monto razonable. Estos planes usan información de FAIR Health, Inc. (www.fairhealth.org), una compañía sin fines de lucro que informa cuánto cobran los proveedores por los servicios en cualquier código postal.

Cuando elige inscribirse en un plan con una cobertura fuera de la red, debe considerar cómo los planes que se basan en la tasa de Medicare se comparan con los planes que se basan en los “cargos habituales”. En líneas generales, en Nueva York para todos los servicios combinados, el 300 por ciento de las tasas de Medicare son las mismas que los cargos habituales.

Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito que figura en su identificación de Aetna para conocer el método que utiliza su plan para reembolsar a los médicos fuera de la red. También puede solicitar una estimación de su parte del costo de los servicios fuera de la red que está planificando. La forma de pagar a los médicos y hospitales fuera de la red se aplica cuando elige recibir atención fuera de la red. Consulte “Atención de emergencia y de urgencia” para obtener más información.

Cómo usar el plan

Puede elegir a cualquier PCP que participe en la red de Aetna y acepte nuevos pacientes

Un PCP puede ser un médico de cabecera, médico familiar, internista o pediatra. Cada miembro de la familia cubierto debe elegir a su propio PCP. Su PCP brinda atención preventiva de rutina y le brindará tratamiento para enfermedades y lesiones. Su PCP puede remitirlo a otros médicos y hospitales de la red para recibir servicios y suministros cubiertos. El PCP también puede solicitar análisis de laboratorio y radiografías, recetar medicamentos o tratamientos y coordinar hospitalizaciones.

Llame directamente al consultorio del médico para averiguar si acepta pacientes nuevos.

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 elija 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.

Puede cambiar de PCP o especialista en cualquier momento

Inicie sesión en aetna.com o llame al número gratuito del Departamento de Servicios para Miembros que figura en su identificación de Aetna. El cambio entrará en vigencia cuando recibamos y aprobemos la solicitud.

Cómo hacer para que su especialista sea su PCP

Si tiene una enfermedad o afección potencialmente mortal, o una enfermedad o afección degenerativa e incapacitante, cualquiera de las cuales requiera de atención médica especializada durante un tiempo prolongado, puede solicitar una remisión a un especialista con experiencia en el tratamiento de afecciones o enfermedades potencialmente mortales o degenerativas e incapacitantes, quien será responsable de brindarle y coordinar su atención primaria y especializada, y será capaz de hacerlo. Esta remisión se emitirá en función de un plan de tratamiento aprobado por Aetna, en colaboración con el proveedor de atención primaria, si corresponde, el especialista y usted o su representante autorizado. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación o llame al **1-888-982-3862** para solicitar estos servicios.

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

Nunca será necesario que obtenga una remisión si tiene un plan Aetna Open Access Managed Choice, Aetna Open Access Elect Choice u Open Choice. Con el plan Managed Choice, recibirá el nivel de beneficios más alto del plan cuando obtenga una remisión de su PCP antes de consultar a un especialista de la red.

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.

Obtener una remisión de su PCP no es lo mismo que obtener la aprobación (llamada certificación previa) del plan. Algunos servicios de atención médica requieren ambas. Para obtener más información, lea la sección “Certificación previa: obtener aprobaciones para servicios” en este folleto.

Recuerde estos datos sobre las remisiones:

- No necesita una remisión para la atención de emergencia o urgencia.
- Si no obtiene una remisión cuando se requiere, el plan pagará el servicio como un beneficio fuera de la red, si corresponde.
- 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 “Acceso directo al programa de obstetricia/ginecología”.
- 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.
- Ciertos servicios, como hospitalizaciones, cirugías para pacientes externos, y determinadas pruebas y procedimientos médicos, requieren tanto una remisión del PCP como una certificación previa. Consulte la sección “Certificación previa” para ver los detalles.

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 solicitarnos 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.

Acceso directo al programa de obstetricia/ginecología

Este programa les permite a las mujeres miembro acceso directo a los servicios primarios y preventivos de obstetricia y ginecología, incluidos exámenes anuales, atención derivada de dichos exámenes y tratamiento de afecciones ginecológicas agudas, de parte de un proveedor participante calificado que la miembro elija o para cualquier tipo de atención relacionada con el embarazo.

Atención directa de un especialista para afecciones potencialmente mortales

Si tiene una enfermedad o afección potencialmente mortal, o una enfermedad o afección degenerativa e incapacitante, cualquiera de las cuales requiera de atención médica especializada durante un tiempo prolongado, puede solicitar acceso a un centro de atención especializada o a un especialista responsable de brindar o coordinar su atención médica. Para solicitar estos servicios, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación o llame al **1-888-982-3862**.

Remisiones fuera de la red

Si un servicio cubierto que usted necesita no está disponible de un proveedor o centro de la red con la capacitación o experiencia necesarias para su afección, o un proveedor participante no está accesible geográficamente, su PCP puede remitirlo a un proveedor fuera de la red. Su PCP y otro proveedor de la red deben recibir la aprobación previa de Aetna y emitir una remisión no participante especial para que los servicios de proveedores fuera de la red estén cubiertos.

Remisiones permanentes

Si tiene una afección que requiere de atención continua de un especialista, puede solicitar una remisión permanente de su PCP o Aetna para dicho especialista.

No necesita una remisión del PCP para lo siguiente:

- Atención de emergencia: consulte la sección “Atención de emergencia” para obtener más información.
- Atención de urgencia: consulte la sección “Atención de emergencia” para obtener más información.
- Servicios de acceso directo: ciertos servicios preventivos y de rutina no requieren una remisión del plan cuando se acceden de acuerdo con los límites de edad y frecuencia que se describen en las secciones “Lo que cubre el plan” y “Resumen de beneficios” de los documentos del plan. Puede acceder directamente a estos especialistas de la red para lo siguiente:
 - Consultas de ginecología de rutina.
 - Exámenes de la vista de rutina de acuerdo con lo programado.
 - Mamografías de control anuales para mujeres elegibles de acuerdo con la edad.
 - Atención prenatal de rutina (es posible que se requiera certificación previa).

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 o preautorización. Por lo general, solo necesitamos certificar previamente la atención más grave, como una cirugía o una internación en un hospital. Su PCP o médico de la red de Aetna obtendrá esta aprobación por usted. Si la solicitud es para servicios fuera de la red, es posible que deba obtener esta aprobación usted mismo. Para hacerlo, llame al número para certificaciones previas en su identificación de Aetna al **1-877-204-9186**, o envíe su solicitud a: Aetna, 1425 Union Meeting Road, Blue Bell, PA 19422. Debe obtener la certificación previa antes de recibir la atención.

Los documentos de su plan mencionan todos los servicios que requieren que usted obtenga una certificación previa. Si no obtiene la certificación previa para un servicio cuando se requiere, es posible que incurra en multas. Consulte los documentos de su plan para obtener más información.

Revisiones retrospectivas

Le notificaremos a su médico en el plazo de tres días hábiles

Si tenemos toda la información necesaria para revisar la solicitud, tomaremos nuestra decisión y les notificaremos a usted (o a su representante) y a su médico, por teléfono y por escrito, en un plazo de tres días hábiles de recibida la información necesaria.

Si necesitamos más información, la solicitaremos en el plazo de tres días calendario. Usted o su médico tendrán 45 días calendario para presentar la información. Si recibimos la información solicitada en un plazo de 45 días, tomaremos nuestra decisión y les notificaremos a usted (o a su representante) y a su médico, por teléfono y por escrito, en un plazo de tres días hábiles de recibida la información. Si no recibimos toda la información necesaria dentro de los 45 días, tomaremos nuestra decisión en un plazo de 15 días calendario desde que finalice el período de 45 días.

Plazos para solicitudes de atención de urgencia

Si tenemos toda información necesaria para tomar la decisión, lo haremos y les notificaremos a usted (o a su representante) y a su médico, por teléfono y por escrito,

en un plazo de 72 horas de recibida la solicitud. Si necesitamos más información, la solicitaremos dentro de las 24 horas. Usted o su médico tendrán 48 horas para presentar la información. Tomaremos nuestra decisión y les notificaremos a usted y a su médico, por teléfono y por escrito, en un plazo de 48 horas de recibida la información o cuando finalice el período de 48 horas, lo que suceda antes.

Plazos para servicios de atención a domicilio

Después de que recibamos una solicitud de cobertura de servicios de atención a domicilio después de una internación en un hospital, tomaremos nuestra decisión y les notificaremos a usted (o a su representante) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, en un plazo de un día hábil de recibida la información necesaria. Si el día después de la solicitud es un fin de semana o feriado, le notificaremos en un plazo de 72 horas de recibida la información necesaria. No denegaremos la cobertura de los servicios de atención médica a domicilio mientras nuestra decisión esté pendiente.

Plazo para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias para pacientes internados

Si recibimos una solicitud de cobertura para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias para pacientes internados al menos 24 horas antes del alta de una internación en un hospital, tomaremos nuestra decisión y les notificaremos a usted (o a su representante) y a su proveedor, por teléfono y por escrito, en un plazo de 24 horas de recibida la información necesaria. No denegaremos la cobertura del tratamiento mientras nuestra decisión esté pendiente.

Qué buscamos al analizar una solicitud de certificación previa

Primero, verificamos que usted siga siendo miembro y nos aseguramos de que el servicio sea un gasto cubierto conforme a su plan. También consultamos que el servicio y el lugar solicitados para obtener el servicio sean rentables. Si sabemos de un tratamiento o lugar de servicio que sea igual de efectivo pero que cueste menos, podemos hablar con su médico sobre esto.

Además, nos fijamos si usted reúne los requisitos para uno de nuestros programas de administración de atención. Si es así, uno de nuestros enfermeros puede llamarlo para darle esta información y ayudarlo a comprender el procedimiento previsto.

Realizamos un seguimiento de los servicios certificados previamente

Nuestro proceso de revisión de utilización tiene otros pasos. Estos incluyen lo siguiente:

1. Revisión simultánea: comenzamos este proceso si su hospitalización dura más de la cobertura aprobada. Nos aseguramos de que sea necesario que permanezca en el hospital. Analizamos el nivel y la calidad de la atención que recibe. Les notificaremos a usted o a su médico nuestra decisión de seguir cubriendo su hospitalización.

Se tomarán las decisiones de revisión de utilización para los servicios durante la atención (revisiones simultáneas) y se les dará un aviso a usted (o a su representante) o a su proveedor, por teléfono y por escrito, en un plazo de un día hábil de recibida la información necesaria. Si necesitamos información adicional, la solicitaremos dentro de las 24 horas. Usted o su proveedor tendrán, al menos, 48 horas para presentar la información. Tomaremos una determinación y les daremos un aviso a usted (o a su representante) o a su proveedor, por teléfono y por escrito, en el plazo que ocurra antes de los siguientes: (a) un día hábil de recibida la información necesaria o (b) al final del período asignado para brindar la información clínica.

2. Planificación del alta: comenzamos a planificar su alta. Este proceso puede comenzar en cualquier momento. Analizamos si usted se puede beneficiar de alguno de nuestros programas. Un enfermero administrador de casos podría seguir su progreso. O bien, podemos recomendarle que pruebe un programa de bienestar cuando esté en su hogar. La planificación del alta puede iniciarse en cualquier etapa del proceso de administración de pacientes y comienza inmediatamente después de la identificación de las necesidades posteriores al alta durante la revisión de la certificación previa o la revisión simultánea. El plan del alta puede incluir el comienzo de una variedad de servicios/beneficios para el miembro después de recibir el alta de un centro para pacientes internados.

3. Revisión retrospectiva: revisamos la reclamación de servicios después de que recibe el alta. Podemos revisar sus registros médicos y las reclamaciones de sus médicos y el hospital. Analizamos si recibió la atención adecuada y si hubo uso indebido o costos

innecesarios. Podemos denegar la cobertura si la información presentada es sustancialmente diferente de lo que se presentó en un principio durante el proceso de certificación previa. Si denegamos la cobertura, les informaremos a usted y a su médico en un plazo de 30 días.

Si necesitamos información adicional, la solicitaremos en el plazo de 30 días calendario. Usted o su médico tendrán 45 días calendario para brindar la información. Tomaremos una determinación y les daremos un aviso a usted y a su médico por escrito en un plazo de 15 días calendario de recibida la información o de que finalice el período de 45 días, lo que suceda antes.

Si tenemos toda la información necesaria y no tomamos una determinación dentro de los plazos aplicables, puede considerar esto como una denegación y presentar una apelación. Consulte la sección "Apelaciones" para ver los detalles.

Para comunicarse con un agente de revisión de utilización, llame al **1-888-982-3862**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m., hora del este. Después del horario de atención, puede dejar un mensaje. Si su médico tiene una pregunta sobre su cobertura, usted o su médico pueden escribir o llamar al Departamento de Administración de Pacientes a la dirección o al número de teléfono que figuran en su identificación de Aetna.

Podemos denegar la cobertura para un tratamiento, servicio o procedimiento certificado previamente si sucede lo siguiente:

- La información médica relevante presentada ante nosotros en la revisión retrospectiva es sustancialmente diferente de la información presentada durante la solicitud de certificación previa.
- La información médica relevante presentada ante nosotros en la revisión retrospectiva existía en el momento de la certificación previa, pero se retuvo o no se puso a nuestra disposición.
- No sabíamos de la existencia de dicha información en el momento de la revisión de la certificación previa.
- Si hubiéramos tenido conocimiento de dicha información, no se hubiera aprobado el tratamiento, servicio o procedimiento solicitado. La determinación se toma usando los mismos estándares, criterios o procedimientos específicos utilizados durante la revisión de la certificación previa.

Cómo presentar una reclamación

Para la mayoría de los servicios, los médicos de la red presentarán sus reclamaciones por usted. Si recibe servicios fuera de la red, es posible que deba presentar las reclamaciones por su cuenta. Su profesional de salud puede presentar una reclamación en un plazo de 120 días luego de la fecha del servicio. También puede presentar una reclamación por su cuenta.

Aceptamos reclamaciones en papel, por fax o de manera electrónica. Si debe presentar una reclamación ante nosotros, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en su identificación de Aetna. El representante le dará la dirección de correo postal, la dirección de correo electrónico o el número de fax de la oficina de reclamaciones de su plan. También puede iniciar sesión en el sitio web seguro para miembros **aetna.com** para descargar un formulario de reclamación (que incluye la dirección de correo postal) o para enviarnos la reclamación de manera electrónica.

1. Inicie sesión en el sitio web seguro para miembros **aetna.com**.
2. Haga clic en "Contacto", en la esquina superior derecha.
3. Puede enviar un formulario de reclamación como un archivo adjunto.

Si denegamos una reclamación

Independientemente de que se tome una determinación de la revisión de utilización antes, durante o después de que se brinden los servicios, un colega revisor clínico tomará cualquier determinación adversa, incluida la denegación de una reclamación. Un colega revisor clínico que no haya participado en la denegación original tomará todas las determinaciones adversas finales.

Todas las denegaciones se harán por escrito. El aviso incluirá lo siguiente:

- Las razones de la denegación, incluida la referencia a disposiciones específicas del plan en las que se basó la determinación y la justificación clínica, si hubiere.

- Una descripción de nuestros procesos de revisión, incluida una declaración de sus derechos a iniciar una acción civil.
- Instrucciones sobre cómo comenzar el proceso de apelaciones, de apelaciones aceleradas y de apelaciones externas (según corresponda) y qué información adicional, si hubiere, debe obtener el agente de revisión de utilización sobre la apelación.
- Una declaración por escrito que indique que se presentó información insuficiente o que no hubo información suficiente disponible para tomar la determinación, si corresponde.
- El monto de la reclamación (si corresponde) y una declaración de la disponibilidad, cuando se solicite, de los códigos de diagnóstico y tratamiento con sus significados.
- Un aviso de que usted puede solicitar los criterios de revisión clínica usados para denegar la solicitud. Este aviso también especificará la información adicional que podemos necesitar para tomar una decisión sobre su apelación.

Su médico puede solicitarnos reconsiderar una denegación si no intentamos comunicarnos con este primero

Para la revisión de la certificación previa y la revisión simultánea, su médico puede solicitar una reconsideración de la revisión. Reconsideraremos la denegación en un día hábil. Si mantenemos la denegación, les notificaremos a usted y a su médico por escrito con las instrucciones de apelación. Consulte "Qué debe hacer si no está de acuerdo con nosotros" para obtener más información.

Durante las revisiones, seguimos normas específicas para poder priorizar su salud

- No recompensamos a los empleados de Aetna por negar la cobertura.
- No fomentamos las denegaciones de cobertura. De hecho, capacitamos al personal para que se centre en los riesgos de que los miembros no reciban la atención adecuada.

Información sobre beneficios específicos

Condiciones generales de cobertura

Para que un servicio o un suministro estén cubiertos, deben cumplir con lo siguiente:

- Deben estar incluidos como gastos cubiertos en los documentos de su plan y no deben estar indicados como gastos excluidos.
- Deben estar dentro de los costos máximos y las limitaciones que se describen en los documentos de su plan.
- Deben obtenerse de acuerdo con todas las condiciones, las políticas y los procedimientos que se describen en los documentos de su plan.

El plan pagará los gastos médicos cubiertos, hasta el costo máximo, según se muestra en su Certificado de cobertura. Usted es responsable de los costos que superen los límites máximos o de los procedimientos, tratamientos o servicios de atención médica no cubiertos según se describe en su Certificado de cobertura.

Atención de emergencia

Si necesita atención de emergencia, tiene cobertura durante las 24 horas, los 7 días de la semana, en cualquier parte del mundo. Una afección médica de emergencia es una afección médica o conductual que se manifiesta con síntomas de una gravedad tal, que incluye dolor intenso, que una persona prudente con conocimiento promedio de medicina y salud podría esperar razonablemente que la falta de atención médica inmediata tendría como consecuencia:

1. Poner en grave peligro la salud de la persona afectada por dicha afección o, en el caso de una mujer embarazada, poner en grave peligro su salud o la del feto, o, en el caso de una afección conductual, poner en grave peligro la salud de la persona o de otras personas.
2. Un deterioro grave de las funciones corporales de la persona.
3. Una grave disfunción de un órgano o una parte del cuerpo de dicha persona.
4. Una grave deformación de la persona.

El tratamiento de una afección médica de emergencia no está sujeto a aprobación previa. Sin embargo, ya sea que se encuentre dentro o fuera del área de servicio de Aetna,

simplemente le pedimos que siga las siguientes pautas cuando considere que necesita atención de emergencia.

- Llame a la línea directa de emergencia local (p. ej., **911**) o acuda al centro de emergencias más cercano. En el caso de que una demora no sea perjudicial para su salud, llame a su PCP. Avísele a su PCP lo antes posible luego de recibir el tratamiento.
- Si es ingresado en un centro para pacientes internados, usted, un familiar o un amigo que actúen en su nombre deben notificar a su PCP o a Aetna lo antes posible.
- Los gastos cubiertos para las afecciones médicas de emergencia se pagan de acuerdo con su plan. Consulte su Resumen de beneficios para ver los montos de copago, deducible y coseguro vigentes que se aplican.

Atención de urgencia

La atención de ciertas afecciones (como vómitos, dolor de oídos, dolor de garganta o fiebre graves) se considera "atención de urgencia". Puede recibir atención de urgencia de su PCP o en un centro de atención de urgencia. Si viaja fuera del área de servicio de Aetna o si es un estudiante universitario lejos de su hogar, tiene cobertura para la atención de urgencia que reciba de cualquier médico o centro autorizados.

Reclamaciones de atención de emergencia

Revisaremos la información cuando llegue la reclamación. Si creemos que la situación no era de emergencia, podríamos solicitarle más información y enviarle un formulario para completar. Complete el formulario o llame al Departamento de Servicios para Miembros para darnos la información por teléfono. Los gastos de atención de emergencia que no estén relacionados con una afección médica de emergencia no están incluidos y son su responsabilidad financiera.

Atención de seguimiento para planes que requieren un PCP

Su PCP debe coordinar toda la atención de seguimiento después de la emergencia. 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 de horario

Puede llamar al consultorio del médico durante las 24 horas, los 7 días de la semana si tiene preguntas o inquietudes médicas. También puede considerar visitar centros de atención de urgencia participantes.

Beneficio de medicamentos con receta

Consulte los documentos de su plan para saber si incluye beneficios de medicamentos con receta.

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.

También es posible que lo alentemos a tomar ciertos medicamentos

Algunos planes lo alientan a comprar ciertos medicamentos con receta sobre otros. El plan puede incluso pagar una parte mayor de esos medicamentos. Hay una lista de esos medicamentos en la Guía de medicamentos (formulario) de Aetna Pharmacy. Esta lista muestra qué medicamentos con receta están cubiertos y son preferidos. También explica cómo elegimos los medicamentos que se incluirán en la lista.

¿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.

Cuando obtiene un medicamento que no está en la guía de medicamentos preferidos, 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.

Puede consultar nuestra guía de medicamentos preferidos en [aetna.com/formulary](https://www.aetna.com/formulary), u obtener una copia impresa llamando al número gratuito del Departamento de Servicios para Miembros que figura en su identificación de Aetna.

Es posible que no tenga que apegarse a la lista

Algunas veces, su médico podría recomendarle un medicamento que no esté en la guía de medicamentos preferidos. Si es médicamente necesario que consuma ese medicamento, usted, una persona que lo ayude o su médico pueden pedirnos que hagamos 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 significa que debe probar uno o más medicamentos antes de que se cubra un medicamento del tratamiento escalonado. La guía de medicamentos preferidos incluye los medicamentos del 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 hayamos 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 preferidos

Puede encontrar la Guía de medicamentos (formulario) de Aetna Pharmacy en nuestro sitio web [aetna.com/formulary/](https://www.aetna.com/formulary/). También puede solicitar una copia impresa llamando al número gratuito que figura en su identificación de Aetna. Agregamos constantemente nuevos medicamentos a la lista. Consulte en línea o llame al Departamento de Servicios para Miembros para ver las últimas actualizaciones.

Las compañías farmacéuticas pueden darnos reembolsos cuando nuestros miembros compran ciertos medicamentos

Podemos compartir esos reembolsos con su empleador. Los reembolsos generalmente se aplican a los medicamentos de la lista de medicamentos preferidos. También se pueden aplicar a medicamentos que no están en la lista. 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 Aetna 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 lista de medicamentos preferidos que por un medicamento que no está en la lista.

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.

Beneficios de salud mental y para casos de adicciones

A continuación, se detalla cómo obtener servicios para pacientes internados y externos, hospitalización parcial y otros servicios de salud mental:

- Llame al **911** si se trata de una emergencia.
- Pídale una remisión a su PCP.
- 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 ayudarle a encontrar un especialista en salud mental.

Puede acceder a la mayoría de los servicios de terapia para pacientes externos sin una remisión o certificación previa. Sin embargo, es una buena idea consultar primero con el Departamento de Servicios para Miembros. Si denegamos una reclamación por servicios de salud mental, puede apelar nuestra decisión de acuerdo con las condiciones de su plan de salud.

Consulte “Qué debe hacer si no está de acuerdo con nosotros” para obtener más detalles.

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 haga clic en 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 nuestros 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

Nuestro programa National Medical Excellence Program® (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. Elegimos hospitales para el programa NME en función de su preparación y experiencia con estos servicios. También seguimos las normas estatales al elegir estos hospitales.

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.

Beneficios importantes para las mujeres

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer 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.
- 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 estaba 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, llame al Departamento de Servicios para Miembros. O bien, use estos enlaces para obtener más detalles.

- Hoja de datos del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU.:
https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/whcra_factsheet.html
- Folleto del Departamento de Trabajo de los EE. UU.:
<https://www.dol.gov/sites/default/files/ebsa/about-ebsa/our-activities/resource-center/publications/your-rights-after-a-mastectomy.pdf>

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. ¿No puede encontrar los documentos de su plan? Llame al Departamento de Servicios para Miembros para hacer una pregunta específica o pida que le enviemos una copia por correo.

Estas son algunas de las maneras en que determinamos qué está cubierto:

Verificamos si es médicamente necesario

Médicamente necesario significa que el servicio o suministro es provisto por un médico que utiliza un criterio clínico prudente con el fin de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión o sus síntomas, y que la prestación del servicio o suministro cumple con lo siguiente:

- Se realiza de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de buena práctica médica.
- Es clínicamente adecuada de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de buena práctica médica en términos de tipo, frecuencia, alcance, sitio y duración, y se considera efectiva para la enfermedad o lesión.
- No está destinada principalmente para su comodidad o la del médico tratante.
- No es más costosa que un servicio alternativo o una secuencia de servicios que posiblemente produzca, al menos, los mismos resultados terapéuticos o de diagnóstico, o similares.

Para estos fines, "estándares generalmente aceptados de buena práctica médica" implica lo siguiente: estándares que se basan en evidencia científica real publicada en bibliografía médica revisada por colegas generalmente reconocida por la comunidad médica pertinente, o de otra manera consistente con las recomendaciones de la sociedad especializada de médicos y los puntos de vista de médicos que ejercen en áreas clínicas relevantes, y cualquier otro factor aplicable.

Nota importante: no todos los servicios, suministros o medicamentos con receta que se adaptan a la definición de necesidad médica están cubiertos por el plan. Se aplican exclusiones y limitaciones a ciertos servicios, suministros y gastos médicos. Por ejemplo, algunos beneficios están limitados a cierta cantidad de días, consultas o montos máximos en dólares. Consulte los documentos de su plan y el Programa de beneficios para ver los límites y montos máximos del plan.

Un grupo de médicos autorizados determinará si los servicios son médicamente necesarios.

O bien, serán profesionales de salud con licencia, certificación, registrados o acreditados, que tengan la misma profesión y ejerzan la misma especialidad, o una similar, que el proveedor de atención médica que normalmente controla su afección médica o enfermedad, o brinda el servicio de atención médica que se está revisando.

Para una determinación que implique el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias, se consultará a alguno de los siguientes:

- (i) Un médico que posea una licencia no restringida válida y vigente para ejercer medicina, se especialice en salud conductual y tenga experiencia en la prestación de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias.
- (ii) Un profesional de salud que no sea un médico autorizado que se especialice en salud conductual, tenga experiencia en la prestación de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias y, cuando corresponda, posea una licencia, un certificado o un registro no restringidos, válidos y vigentes, o, cuando no exista una disposición para licencia, certificado o registro, esté acreditado por el organismo de acreditación nacional adecuado para la profesión.

No recompensamos a los empleados de Aetna por negar la cobertura. A veces, un grupo de médicos determinará la necesidad médica. Esos grupos pueden usar recursos diferentes de los nuestros.

Si denegamos la cobertura, le enviaremos una carta a usted y a su médico. 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 que usamos para tomar decisiones de cobertura. O bien, puede ingresar a aetna.com/about/cov_det_policies.html para leer nuestras políticas. Los médicos pueden escribir o llamar a nuestro 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.

Estudiamos la última tecnología médica

Analizamos la evidencia científica publicada en revistas médicas para ayudarnos a decidir 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 la usan los médicos que generalmente tratan la enfermedad o lesión. Nuestros médicos pueden usar recursos reconocidos a nivel nacional, como MCG (anteriormente conocido como Pautas de Atención Milliman).

También revisamos la última tecnología médica, incluidos medicamentos, equipos y tratamientos de salud mental. Además, buscamos nuevas formas de usar tecnologías antiguas. Para tomar decisiones, podemos hacer lo siguiente:

- Leer revistas médicas para ver la investigación. Averiguar qué tan segura y efectiva es.
- 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.

Publicamos nuestras decisiones en nuestros Boletines de Políticas Clínicas.

Publicamos nuestros hallazgos en aetna.com

Escribimos un informe sobre un producto o servicio después de decidir si es médicamente necesario. El informe se denomina Boletín de Política Clínica (CPB).

Los CPB nos ayudan a decidir sobre la aprobación de una solicitud de cobertura. Es posible que su plan no cubra todo lo que nuestros CPB dicen que es médicamente necesario. Cada plan es diferente, por lo que debe consultar 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 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

Quejas

Infórmenos si no está satisfecho con una respuesta que recibió de nosotros o con la forma en que nos manejamos. Una queja es un reclamo que no implica una reclamación que fue denegada porque no era médicamente necesaria. No se aplica a denegaciones de beneficios contractuales, problemas o inquietudes que tenga sobre nuestras políticas administrativas o acceso a médicos.

A continuación, encontrará un resumen de los procesos de quejas.

Llame al número gratuito que figura en su identificación de Aetna para presentar una queja oralmente o para solicitar la dirección para enviar la queja escrita por correo

También puede enviar un correo electrónico al Departamento de Servicios para Miembros a través del sitio web seguro para miembros o escribirnos a la dirección que figura en su identificación de Aetna. Si no está satisfecho después de hablar con un representante del Departamento de Servicios para Miembros, puede solicitar que enviemos su problema al departamento correspondiente.

Tiene derecho a designar a un representante para que maneje su queja.

Usted o su representante pueden presentar una queja hasta 180 días calendario desde que recibió la decisión que nos solicita revisar. Cuando recibamos su queja, enviaremos una carta de acuse de recibo por correo en un plazo de 15 días hábiles. La carta de acuse de recibo incluirá el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que maneja su queja e indicará qué información adicional, si hubiere, necesitamos.

Mantenemos la confidencialidad de todas las solicitudes y conversaciones, y no tomaremos acciones discriminatorias debido a su problema. Tenemos un proceso para quejas estándares y aceleradas, según la naturaleza de su consulta.

Plazos para la determinación de una queja

El personal calificado revisará su queja de manera oportuna. Si se trata de un asunto clínico, un profesional de salud con licencia, certificado o registrado lo revisará. Tomaremos una decisión sobre la queja y le notificaremos en los siguientes plazos:

Tipo de queja	Apelaciones de Nivel 1
Queja acelerada/urgente	Por teléfono, en un plazo de 48 horas de recibida toda la información necesaria o de 72 horas de recibida la queja, lo que suceda antes. Brindaremos un aviso por escrito en un plazo de 72 horas de recibida su queja.
Queja previa al servicio (Una solicitud de un servicio o tratamiento que todavía no se ha brindado)	Por escrito, en un plazo de 15 días calendario de recibida su queja.
Queja posterior al servicio (Una reclamación de un servicio o tratamiento que ya se ha brindado)	Por escrito, en un plazo de 30 días calendario de recibida su queja.
Todas las demás quejas (Que no se relacionen con una reclamación o una solicitud de un servicio)	Por escrito y, según su plan, en un plazo de 30 o 45 días calendario de recibida su queja, o en un plazo de 45 días calendario de recibida toda la información necesaria, pero no más de 60 días calendario de recibida su queja. Consulte los documentos de su plan para conocer los plazos que se aplican a su plan específico.

Apelaciones por quejas

Si no está satisfecho con la resolución de su queja, usted o su representante pueden presentar una apelación por teléfono, en persona o por escrito. Puede presentar una apelación urgente por teléfono. Tiene hasta 60 días hábiles de recibida nuestra decisión para presentar una apelación.

Cuando recibamos su apelación, enviaremos una carta de acuse de recibo por correo en un plazo de 15 días hábiles. La carta de acuse de recibo incluirá el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que maneja su apelación. Si es necesario, también le brindará la información adicional que podamos necesitar para tomar una decisión. Uno o más miembros del personal calificado en un nivel superior que la persona que tomó

la decisión del reclamo revisarán la apelación. Si se trata de un asunto clínico, un colega revisor clínico la revisará.

Plazos para la decisión de su apelación de una determinación sobre una queja

Tipo de queja	Apelaciones de Nivel 1
Queja acelerada/urgente	Por teléfono, en un plazo de 48 horas de recibida toda la información necesaria o de 72 horas de recibida la queja, lo que suceda antes. Brindaremos un aviso por escrito en un plazo de 72 horas de recibida su queja.
Queja previa al servicio (Una solicitud de un servicio o tratamiento que todavía no se ha brindado)	2 días hábiles de recibida toda la información necesaria o 72 horas de recibida su apelación, lo que suceda antes.
Queja posterior al servicio (Una reclamación de un servicio o tratamiento que ya se ha brindado)	30 días calendario de recibida su apelación.
Todas las demás quejas (Que no se relacionen con una reclamación o una solicitud de un servicio)	Según su plan, 30 días hábiles de recibida toda la información necesaria para tomar una determinación o 30 días calendario de recibida su apelación. Consulte los documentos de su plan para conocer los plazos que se aplican a su plan específico.

Si no está satisfecho o necesita ayuda

Si no está satisfecho con nuestra determinación de la apelación, o no está satisfecho en cualquier otro momento, puede llamar al Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York al **1-800-342-3736** o escribir a la siguiente dirección:

New York State Department of Financial Services
Consumer Assistance Unit
One Commerce Plaza
Albany, NY 12257
www.dfs.ny.gov

Si necesita ayuda para presentar una queja o apelación, también puede ponerse en contacto con el programa independiente de asistencia al consumidor del estado con la siguiente información:

Community Health Advocates
105 East 22nd Street
New York, NY 10010
Número gratuito: **1-888-614-5400**
Correo electrónico: cha@cssny.org
www.communityhealthadvocates.org

Apelaciones internas por determinaciones de revisión de utilización

Consulte "Realizamos un seguimiento de los servicios certificados previamente" dentro de "Certificación previa: obtener aprobaciones para servicios" para comprender la "revisión de utilización".

Tiene derecho a designar a un representante para que maneje su apelación.

Usted, su representante y, en casos retrospectivos, su médico pueden solicitar una apelación interna si denegamos un servicio certificado previamente o tomamos alguna otra determinación adversa en función de la revisión de utilización. Puede presentar su apelación por teléfono, en persona o por escrito.

Tiene hasta 180 días calendario después de recibir el aviso de la determinación adversa para presentar una apelación. Le enviaremos un acuse de recibo de su solicitud de una apelación interna en un plazo de 15 días calendario posteriores de la recepción. Este acuse de recibo incluirá el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que maneja su apelación y, si es necesario, le brindará la información adicional requerida antes de que podamos tomar una decisión. Un colega revisor clínico calificado que sea médico o profesional de salud y ejerza la misma especialidad, o una similar, que el proveedor que normalmente controla la enfermedad o afección en cuestión y no sea subordinado del colega revisor clínico que tomó la determinación adversa inicial realizará la apelación.

Denegación de servicios fuera de la red

Usted tiene derecho a apelar la denegación de una solicitud de certificación previa para un servicio de salud fuera de la red cuando determinemos que el servicio de salud fuera de la red no es sustancialmente diferente de un servicio de salud disponible dentro de la red. Una denegación de un servicio de salud fuera de la red es un

servicio brindado por un proveedor no participante, pero solo cuando el servicio no está disponible de un proveedor participante. Usted no es elegible para una apelación de la revisión de utilización si el servicio que solicita está disponible de un proveedor participante, incluso si el proveedor no participante tiene más experiencia en el diagnóstico o tratamiento de su afección. Dicha apelación se tratará como una queja. En el caso de una apelación de la revisión de utilización de una denegación de un servicio de salud fuera de la red, usted o su representante deben presentar lo siguiente:

- Una declaración por escrito del médico tratante, quien debe ser un médico autorizado, elegible para la junta o certificado por ella que esté calificado para ejercer en el área especializada de práctica apropiada para tratar su afección. La declaración debe indicar que el servicio de salud fuera de la red solicitado es sustancialmente diferente del servicio de salud alternativo que está disponible de un proveedor participante que aprobamos para que trate su afección.
- Dos documentos de la evidencia médica y científica disponible que indiquen que el servicio fuera de la red probablemente será más beneficioso desde el punto de vista clínico para usted que el servicio alternativo de la red, y que es posible que los riesgos adversos del servicio fuera de la red no sean sustancialmente mayores que los del servicio de salud dentro de la red.

Denegación de remisiones fuera de la red

Usted tiene derecho a apelar la denegación de una solicitud de una remisión, una autorización para un proveedor no participante cuando determinamos que contamos con un proveedor participante que tiene la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades de atención médica particulares y que puede brindarle el servicio de atención médica solicitado, y cuando determinamos que un proveedor participante está accesible geográficamente y usted no está de acuerdo. En el caso de una apelación de la revisión de utilización de una denegación de una remisión fuera de la red, usted o su representante deben presentar una declaración por escrito del médico tratante, quien debe ser un médico autorizado, elegible para la junta o certificado por ella que esté calificado para ejercer en el área especializada de práctica apropiada para tratar su afección. La declaración debe cumplir con lo siguiente:

- Indicar que el proveedor participante recomendado por nosotros no tiene la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades de atención médica particulares para el servicio de atención médica.

- Recomendar un proveedor no participante que tenga la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades de atención médica particulares, que pueda brindarle el servicio de atención médica solicitado.

Apelación de primer nivel

Apelación de certificación previa

Si su apelación se relaciona con un servicio que requiere aprobación previa y los servicios todavía no se brindaron, tomaremos una decisión sobre la apelación en un plazo de 15 días calendario de recibida la solicitud de apelación.

Apelación retrospectiva

Si su apelación se relaciona con una reclamación retrospectiva, tomaremos una decisión sobre la apelación en un plazo 30 días calendario de recibida la solicitud de apelación.

Apelación acelerada

Una apelación de una revisión de servicios de atención médica permanentes o extendidos, servicios adicionales brindados para un tratamiento continuo, servicios de atención médica a domicilio después del alta de una internación en un hospital para pacientes internados, servicios para los que un proveedor solicita una revisión inmediata o cualquier otro asunto se manejará de manera acelerada. En el caso de revisiones retrospectivas, no está disponible la apelación acelerada. En el caso de una apelación acelerada, su proveedor tendrá acceso razonable al colega revisor clínico designado a la apelación en el plazo de un día hábil de recibida la solicitud de una apelación. Su proveedor y un colega revisor clínico pueden intercambiar información por teléfono o fax. Una apelación acelerada se resolverá en un plazo de 72 horas de recibida la apelación o en un plazo de dos días hábiles de recibida la información necesaria para realizar la apelación, lo que suceda antes.

Si no está satisfecho con la resolución de su apelación acelerada, puede presentar una apelación interna estándar o una apelación externa.

Si no presentamos una resolución de su apelación dentro del plazo aplicable, se considerará una reversión de la determinación adversa inicial.

Apelación de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias

Si denegamos una solicitud de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias para pacientes internados que se presenta, al menos, 24 horas antes del alta de una internación, y usted o su proveedor presentan una apelación interna acelerada de nuestra determinación adversa, tomaremos una decisión sobre la apelación dentro de las 24 horas de recibida la solicitud de apelación. Si usted o su proveedor presentan una apelación interna acelerada y una apelación externa acelerada dentro de las 24 horas de recibida nuestra determinación adversa, también brindaremos cobertura para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias para pacientes internados mientras esté pendiente una determinación de la apelación interna y apelación externa.

Apelación de segundo nivel

Si no está de acuerdo con la determinación de la apelación de primer nivel, usted o su representante pueden presentar una apelación de segundo nivel. Usted o su representante también pueden presentar una apelación externa. El plazo de cuatro meses para presentar una apelación externa comienza cuando se recibe la determinación adversa final en el primer nivel de apelación. Si elige presentar una apelación de segundo nivel, el tiempo para que presente una apelación externa puede vencer.

Una apelación de segundo nivel puede presentarse en un plazo de 60 días de la recepción de la determinación adversa final en el primer nivel de apelación. Le enviaremos un acuse de recibo de su solicitud de una apelación interna en un plazo de 15 días calendario posteriores de la recepción. Este acuse de recibo incluirá el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que maneja su apelación y le brindará, si es necesario, la información adicional requerida antes de que podamos tomar una decisión.

Si su apelación se relaciona con un servicio que requiere aprobación previa y los servicios todavía no se brindaron, tomaremos una decisión sobre la apelación en un plazo de 15 días calendario de recibida la solicitud de apelación.

Si su apelación se relaciona con una reclamación retrospectiva, tomaremos una decisión sobre la apelación en un plazo 30 días calendario de recibida la solicitud de apelación.

Cómo obtener ayuda para presentar su apelación

Si necesita ayuda para presentar una apelación, puede ponerse en contacto con el programa independiente de asistencia al consumidor del estado con la siguiente información:

Community Health Advocates
105 East 22nd Street
New York, NY 10010
Número gratuito: **1-888-614-5400**
Correo electrónico **cha@cssny.org**
www.communityhealthadvocates.org

Si su médico cree que usted no puede esperar, puede solicitar una apelación acelerada

Si no está satisfecho con la resolución de una apelación acelerada, puede presentar una apelación interna estándar o una apelación externa. Puede presentar una apelación externa acelerada al mismo tiempo que una apelación interna acelerada. Consulte la sección "Revisión externa" para obtener más información.

Revisión externa

Obtenga una revisión de alguien que no pertenezca a Aetna

Puede obtener una revisión externa para la mayoría de las reclamaciones. Si el motivo de su denegación es que usted ya no es elegible para el plan, es posible que no pueda obtener una revisión externa.

Para ser elegible para una apelación externa, debe cumplir los siguientes dos requisitos:

1. El servicio, procedimiento o tratamiento debe ser, de otra manera, un servicio cubierto por el plan.
2. En general, debe haber recibido una determinación adversa final a través del primer nivel de nuestro proceso de apelaciones internas, a menos que suceda lo siguiente:
 - Aceptemos por escrito eximir la apelación interna. No se nos requiera que aceptemos su solicitud de eximir la apelación interna.
 - Usted presente una apelación externa al mismo tiempo que solicita una apelación interna acelerada.
 - No cumplamos con los requisitos de procesamiento de las reclamaciones de revisión de utilización (excepto por una infracción menor que sea poco probable que lo perjudique o dañe, y demostremos

que la infracción fue por una buena causa o por motivos que iban más allá de nuestro control, y la infracción ocurra durante un intercambio continuo de información de buena fe entre usted y Aetna).

Su derecho a apelar una determinación de que un servicio no es médicamente necesario

Si denegamos cobertura porque el servicio no cumple con su requisito de necesidad médica, puede apelar ante un agente de apelaciones externas si cumple con los requisitos para una apelación externa de la sección "Apelación externa".

Su derecho a apelar una determinación de que un servicio es experimental o de investigación

Si denegamos cobertura porque el servicio es un tratamiento experimental o de investigación, debe cumplir con los dos requisitos indicados anteriormente. Su médico tratante debe certificar que su afección o enfermedad se encuentra dentro de una de estas categorías:

- Los servicios de salud estándares no son efectivos o médicamente adecuados.
- No existe un servicio o procedimiento estándar más beneficioso cubierto por su plan.
- Existe un ensayo clínico o un tratamiento para una enfermedad poco frecuente (como lo define la ley).

Su médico tratante también debe recomendar una de las siguientes opciones:

- Un servicio, procedimiento o tratamiento sobre el que dos documentos de la evidencia médica y científica disponible indiquen que probablemente sea más beneficioso para usted que cualquier otro servicio estándar cubierto. Solo determinados documentos se considerarán como respaldo de esta recomendación. Su médico tratante debe comunicarse con el estado para consultar la información actual en lo que respecta a qué documentos se considerarán o aceptarán.
- Un ensayo clínico para el que usted es elegible. Solo se considerarán ciertos ensayos clínicos.
- Un tratamiento para una enfermedad poco frecuente para el que su médico tratante certifique que no existe un tratamiento estándar que probablemente sea más beneficioso desde el punto de vista clínico para usted que el servicio solicitado, que el servicio solicitado probablemente lo beneficie en el tratamiento de su enfermedad poco frecuente y que dicho beneficio supera

el riesgo del servicio. Además, su médico tratante debe certificar que su afección es una enfermedad poco frecuente que está en la actualidad, o estuvo anteriormente, sujeta a un estudio de investigación por parte de la Red de Investigación Clínica de Enfermedades Raras de los Institutos Nacionales de Salud o que afecta a menos de 200,000 residentes estadounidenses por año.

Para los propósitos de esta sección, su médico tratante debe ser un médico con licencia, elegible para la junta o certificado por ella que esté calificado para ejercer en el área de práctica apropiada para tratar su afección o enfermedad. Además, para el tratamiento de una enfermedad poco frecuente, el médico a cargo no puede ser su médico tratante.

Su derecho a apelar una determinación de que un servicio está fuera de la red

Si denegamos cobertura de un tratamiento fuera de la red porque no es sustancialmente diferente de un servicio de salud disponible dentro de la red, puede presentar una apelación externa si cumple con los dos requisitos para una apelación externa como se menciona anteriormente y su médico ha solicitado una certificación previa para el tratamiento fuera de la red.

Su médico tratante también debe certificar todo lo siguiente:

- Que el servicio fuera de la red sea sustancialmente diferente del servicio de salud alternativo recomendado dentro de la red.
- Que, en función de dos documentos de la evidencia médica y científica disponible, el servicio fuera de la red probablemente sea más beneficioso desde el punto de vista clínico que el tratamiento alternativo dentro de la red.
- Que sea posible que el riesgo adverso del servicio de salud solicitado no sea sustancialmente mayor que el del servicio de salud alternativo dentro de la red.

Para los propósitos de esta sección, su médico tratante debe ser un médico autorizado, elegible para la junta o certificado por ella que esté calificado para ejercer en el área especializada de práctica apropiada para tratarlo por el servicio de salud.

No tiene derecho a una apelación externa para servicios fuera de la red si el servicio de atención médica solicitado está disponible dentro de la red.

Su derecho a apelar una denegación de una remisión fuera de la red para un proveedor no participante

Si denegamos cobertura de una solicitud de una remisión para un proveedor no participante porque determinamos que contamos con un proveedor participante que tenga la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades de atención médica particulares, que pueda brindarle el servicio de atención médica solicitado, puede presentar una apelación externa si cumple con los dos requisitos para una apelación externa como se mencionan anteriormente.

Asimismo, su médico tratante debe: certificar que el proveedor participante recomendado por nosotros no tiene la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades de atención médica particulares y recomendar un proveedor no participante que tenga la capacitación y la experiencia adecuadas para satisfacer sus necesidades de atención médica particulares, que pueda brindarle el servicio de atención médica solicitado.

Para los propósitos de esta sección, su médico tratante debe ser un médico autorizado, elegible para la junta o certificado por ella que esté calificado para ejercer en el área especializada de práctica apropiada para tratarlo por el servicio de salud.

Cómo presentar una apelación externa

Puede designar a un representante que lo ayude con su solicitud. Si lo hace, el Departamento de Servicios Financieros puede solicitarle que confirme por escrito que ha designado al representante.

Tiene cuatro meses después de recibir una denegación o exención del proceso de apelaciones internas para presentar una solicitud por escrito para una apelación externa. Si presenta una apelación externa porque no cumplimos con los requisitos de procesamiento de las reclamaciones, tiene cuatro meses desde nuestro incumplimiento de presentar una solicitud por escrito para una apelación externa.

Para presentar una apelación externa, haga lo siguiente:

1. Pida una solicitud de apelación externa del Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York al **1-800-400-8882**.

2. Complete la solicitud de apelación externa. Adjuntamos una solicitud con la carta de denegación o con la exención por escrito de una apelación interna. Puede pedir una solicitud de apelación externa del Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York por teléfono al **1-800-400-8882** o por escrito a esta dirección:

The Department of Financial Services Consumer Assistance Unit
1 Commerce Plaza
Albany, New York 12257

3. Envíe la solicitud completa al Departamento de Servicios Financieros a la dirección que se muestra en la solicitud. Puede incluir documentación adicional que considere relevante. Si cumple con los criterios para una apelación externa, el estado le enviará la solicitud a un agente de apelaciones externas.

El Departamento de Servicios Financieros revisará su solicitud

1. Un revisor inicial se asegurará de que sea elegible para una apelación externa. Usted o su médico deben presentar toda la información médica pertinente sobre su afección médica y solicitud de servicios. Después de que el revisor inicial considere su solicitud como elegible, la designará aleatoriamente a un agente de apelaciones externas. Todas las apelaciones externas estarán a cargo de colegas revisores clínicos.
2. Si la información que envía representa un cambio sustancial de la información en la que se basó nuestra denegación, el agente de apelaciones externas compartirá esta información con nosotros para que podamos ejercer nuestro derecho de reconsiderar nuestra decisión. Si decidimos ejercer este derecho, tendremos tres días hábiles para enmendar o confirmar nuestra decisión. En el caso de una apelación acelerada (que se describe debajo), no tenemos el derecho de reconsiderar nuestra decisión.
3. El agente de apelaciones externas tomará una decisión en un plazo de 30 días de recibida su solicitud completa. El agente de apelaciones externas puede solicitar información adicional a usted, su médico o Aetna. En ese caso, el agente tendrá cinco días hábiles adicionales para tomar su decisión. El agente debe notificarle por escrito la decisión en un plazo de dos días hábiles.

Puede solicitar una revisión acelerada si sucede lo siguiente:

- Su médico certifica que una demora en la prestación del servicio denegado representa una amenaza grave a su salud, o que el plazo de una apelación externa estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar la función máxima.
- Recibe servicios de emergencias y no ha sido dado de alta de un centro, y la denegación se trata de una internación, la disponibilidad de atención o la continuación de su hospitalización.

En el caso de una revisión acelerada, el agente de apelaciones externas debe tomar una decisión en un plazo de 72 horas de recibida su solicitud completa. Inmediatamente después de tomar la decisión, el agente de apelaciones externas debe intentar notificarles a usted y a Aetna por teléfono o fax esta decisión. El agente de apelaciones externas también debe notificarle a usted por escrito su decisión.

Puede presentar una apelación externa acelerada al mismo tiempo que una apelación interna acelerada.

Si el agente de apelaciones externas aprueba la solicitud o revoca nuestra decisión

Brindaremos cobertura sujeta a los otros términos y condiciones del plan. Si el agente de apelaciones externas aprueba la cobertura de un tratamiento experimental o de investigación que forma parte de un ensayo clínico, solo cubriremos los costos de los servicios requeridos para brindarle el tratamiento de acuerdo con el diseño del ensayo.

No seremos responsables de los costos de los medicamentos o dispositivos de investigación, los costos de los servicios que no sean de atención médica, los costos de administrar la investigación o los costos que no estarían cubiertos por este plan para tratamientos que se no sean experimentales o de investigación que sean parte del ensayo clínico.

La decisión del agente de apelaciones externas es vinculante tanto para usted como para Aetna. La decisión del agente de apelaciones externas es aceptable en cualquier procedimiento judicial.

Si su solicitud es por servicios que está recibiendo actualmente

Es posible que su médico no le cobre los servicios que el agente de apelaciones externas determine que no sean médicamente necesarios, excepto para cobrar un copago.

Cargos para apelaciones externas

Le cobraremos un cargo de \$25 por cada apelación externa; no se debe superar \$75 en un solo año del plan. La solicitud de apelación externa explicará cómo enviar el cargo. Eximiremos el cargo si determinamos que pagarlo sería un problema para usted. Si el agente de apelaciones externas revoca la denegación de cobertura, se le reembolsará el cargo.

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 nuestras políticas y procedimientos. Esto incluye los derechos y las responsabilidades de nuestros miembros.

Algunos de sus derechos se mencionan a continuación. También publicamos una lista de derechos y responsabilidades en nuestro sitio web. Visite **[aetna.com/individuals-families/member-rights-resources.html](https://www.aetna.com/individuals-families/member-rights-resources.html)** para ver la lista. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en su identificación para solicitar una copia impresa.

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 **[aetna.com](https://www.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.

¹ Fuente: American Academy of Family Physicians. 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.

Tiene derecho a contar con información médica actualizada y completa

Esto incluye un diagnóstico, tratamiento y pronóstico de un médico u otro proveedor de atención médica en términos que se espera, de manera razonable, que usted comprenda. Cuando no sea recomendable darle dicha información, la información se pondrá a disposición de la persona adecuada que actúe en su nombre.

Tiene derecho a rechazar un tratamiento

Puede rechazar el tratamiento, en la medida en que lo permita la ley, y se le deben informar las consecuencias médicas de dicha acción.

Tiene derecho a crear instrucciones anticipadas

Las instrucciones anticipadas le indican a su familia y médicos qué hacer cuando usted mismo no pueda hacerlo. No necesita instrucciones anticipadas para recibir atención, pero tiene derecho a elaborar unas. En el hospital, pueden preguntarle si tiene instrucciones anticipadas cuando lo internen.

Existen tres tipos diferentes de instrucciones anticipadas¹:

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

Puede crear instrucciones anticipadas 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 unas instrucciones anticipadas.
- Cree instrucciones anticipadas usando un programa informático diseñado para este fin.

Protegemos su privacidad

Consideramos que la información personal es privada. Nuestras políticas protegen su información personal del uso ilegal. Con información personal nos referimos a la información que puede identificarlo como persona, así como a 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 nuestros planes de salud u otras actividades relacionadas, usamos la información personal dentro de nuestra compañía, la compartimos con nuestros afiliados y podemos divulgarla a las siguientes personas y entidades:

- Sus médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros cuidadores
- Otras aseguradoras
- Prestadores
- Departamentos del gobierno
- Administradores externos (Third-party administrators, TPA)

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

Algunas de las formas en que podemos usar su información incluyen lo siguiente:

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

Consideramos que estas actividades son clave para el funcionamiento de nuestros planes. Cuando lo permita la ley, usamos y divulgamos su información personal de las maneras explicadas anteriormente sin su permiso. Nuestro aviso de privacidad incluye una explicación completa de las formas en que usamos y divulgamos su información. También explica cuándo necesitamos su consentimiento para usar o divulgar su información.

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

Si desea una copia de nuestro aviso de privacidad, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación o visite **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.

Debemos 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 utilizamos 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. La utilizamos para ayudarnos a mejorar su acceso a la atención médica. También la usamos para brindarle un mejor servicio. Consulte "Protegemos su privacidad" para obtener más información sobre cómo usamos y protegemos 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. Es posible que pueda inscribirse más adelante si pierde esa otra cobertura 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 60 días posteriores a la finalización de su cobertura (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

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 60 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.

Hay más información disponible si la solicita

De acuerdo con la ley de Nueva York, la siguiente información está disponible para un miembro o miembro potencial si se solicita a través del Departamento de Servicios para Miembros:

1. Lista de nombres, direcciones comerciales y cargos oficiales de la membresía de la junta directiva, funcionarios, personas de control, propietarios o socios del plan.
2. El estado financiero certificado más reciente del plan, que incluye un balance y un resumen de los recibos y pagos, que prepara un contador público diplomado.
3. Copia de los contratos de suscriptores de pago directo, de conversión individual.
4. Información relacionada con los reclamos del consumidor recopilada conforme a la Sección 210 de la ley de seguro de Nueva York.
5. Procedimientos para proteger la confidencialidad de los registros médicos y otra información de los inscritos.
6. Formularios de medicamentos, si hubiere, usados por el plan y la inclusión/exclusión de medicamentos individuales.
7. Descripción escrita de las disposiciones de la organización y los procedimientos en curso del programa de control de calidad de plan.
8. Descripción de los procedimientos que se siguieron en la toma de decisiones sobre la naturaleza experimental o de investigación de medicamentos, dispositivos o tratamientos médicos en ensayos clínicos específicos.
9. Afilaciones de profesionales de la salud individuales con hospitales participantes, si hubiere.

10. Cuando se solicite, criterios específicos de revisión clínica por escrito relacionados con una afección o enfermedad en particular y, cuando corresponda, otra información clínica que el plan podría considerar en su programa de administración de pacientes, y el plan puede incluir con la información una descripción de cómo se utilizará el proceso de administración de pacientes, siempre y cuando, sin embargo, en la medida en que dicha información sea confidencial para el plan, el inscrito o posible inscrito solamente use la información con los fines de asistir al inscrito o posible inscrito en la evaluación de los servicios cubiertos brindados por el plan.

El Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo con esta solicitud si llama al número que figura en su identificación de Aetna. También puede enviar una solicitud por escrito a Aetna a la siguiente dirección:

Aetna
Attn: CRC Requests
1800 E Interstate Ave
Bismarck, ND 58503

11. Procedimientos de solicitud por escrito y requisitos mínimos de cualificación para proveedores de atención médica considerados por el plan.
12. Cualquier otra información según lo requiera el superintendente de salud, siempre y cuando dichos requisitos se promulguen conforme a la ley de procedimientos administrativos del estado.
13. Si tiene programado recibir servicios de atención médica, puede preguntarnos si ese proveedor de atención médica participa en la red del plan.
14. Con respecto a la cobertura fuera de la red, usted puede recibir el monto en dólares aproximado que el plan pagará por un servicio de atención médica específico fuera de la red. Esta información no es vinculante y el monto en dólares aproximado para un servicio de atención médica específico fuera de la red puede cambiar.

Protección contra facturas sorpresa

1. Una factura sorpresa es una factura que recibe por servicios cubiertos en las siguientes circunstancias:
 - Por servicios brindados por un médico no participante en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio participantes cuando sucede lo siguiente:

- Un médico participante no está disponible en el momento en que se brindan los servicios de atención médica.
- Un médico no participante brinda servicios sin su conocimiento.
- Surgen problemas o servicios médicos no previstos en el momento en que se brindan los servicios de atención médica.

Una factura sorpresa no incluye una factura por servicios de atención médica cuando un médico participante está disponible y usted decide recibir los servicios de un médico no participante.

• Usted fue remitido por un médico participante a un proveedor no participante sin su consentimiento explícito por escrito que confirme que la remisión es a un proveedor no participante y puede generar costos que no cubramos. Para las facturas sorpresa, una remisión a un proveedor no participante implica lo siguiente:

- Que un proveedor no participante brinda los servicios cubiertos en el consultorio o la oficina de un médico participante durante la misma consulta.
- Que el médico participante envía una muestra tomada de usted en el consultorio del médico participante a un laboratorio o patólogo no participantes.
- Para cualquier otro servicio cubierto brindado por un proveedor no participante a pedido del médico participante, cuando se requieren remisiones conforme a su certificado.

Usted no será responsable de ningún cargo de un proveedor no participante por una factura sorpresa que supere el copago, deducible o coseguro dentro de la red si cede beneficios al proveedor no participante por escrito. En dichos casos, el proveedor no participante solo puede facturarle por el copago, deducible o coseguro dentro de la red.

2. El formulario de cesión de beneficios para facturas sorpresa está disponible en la siguiente página o en **www.dfs.ny.gov**. También puede visitar nuestro sitio web **aetna.com** para obtener una copia del formulario. Debe enviarnos una copia del formulario de cesión de beneficios a nosotros a la dirección que figura en su tarjeta de identificación y a su proveedor. También puede usar la dirección de correo postal o de correo electrónico que se indica debajo.

Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros si necesita ayuda para completar el formulario y enviar el formulario a Aetna. El número de teléfono figura en su identificación de Aetna. Puede enviarnos el formulario por correo a la siguiente dirección:

Member Correspondence
Aetna
PO Box 981106
El Paso, Texas 79998-1106

O bien, puede enviar el formulario de manera electrónica de la siguiente manera:

1. Inicie sesión en el sitio web seguro para miembros **aetna.com**.
 2. Haga clic en "Contacto", en la esquina superior derecha.
 3. Puede enviar el formulario como un archivo adjunto.
3. Proceso de resolución de disputas independiente.
Nosotros o un proveedor podemos presentar una disputa sobre una factura sorpresa ante una entidad de resolución de disputas independiente (IDRE) designada por el estado. Las disputas se presentan completando el formulario de solicitud de la IDRE, que está disponible en **www.dfs.ny.gov**. La IDRE determinará si nuestro pago o el cargo del proveedor es razonable en un plazo de 30 días de recibida la disputa. También puede presentar una disputa si no cede beneficios o no tiene seguro.

Formulario de cesión de beneficios de una factura médica sorpresa fuera de la red del estado de Nueva York

Utilice este formulario si recibe una factura sorpresa por servicios de atención médica y desea que los servicios se consideren como dentro de la red. Para utilizar este formulario, debe hacer lo siguiente: (1) completarlo y firmarlo; (2) enviar una copia a su proveedor de atención médica (incluya una copia de la factura o las facturas); y (3) enviar una copia a su aseguradora (incluya una copia de la factura o las facturas). Si no sabe si se trata de una factura sorpresa, llame al Departamento de Servicios Financieros al **1-800-342-3736**.

Se trata de una factura sorpresa en los siguientes casos:

1. Cuando recibe servicios de un médico no participante en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio participantes, y no había disponible un médico participante; cuando un médico no participante brinda servicios sin su conocimiento o cuando surgieron circunstancias médicas inesperadas cuando se brindaban los servicios. Usted no optó por recibir los servicios de un médico no participante en lugar de un médico participante disponible.
2. Usted fue remitido por un médico participante a un proveedor no participante, pero usted no firmó un consentimiento por escrito que confirmara que estuviera al tanto de que los servicios serían fuera de la red y de que tendrían como consecuencia costos que su aseguradora no cubre. Una remisión ocurre en los siguientes casos: (1) durante una consulta con su médico participante, un proveedor no participante lo trata; (2) su médico participante toma una muestra de usted en el consultorio y la envía a un laboratorio o patólogo no participantes o (3) para cualquier otro servicio de atención médica cuando las remisiones son requeridas conforme a su plan.

Cedo mis derechos de pago a mi proveedor y certifico, a mi leal saber y entender, lo siguiente:

Que yo (o mi dependiente) recibí una factura sorpresa de un proveedor de atención médica. Que deseo que el proveedor solicite el pago de esta factura a mi compañía aseguradora (esto es una "cesión"). Que deseo que mi aseguradora médica le pague al proveedor por los servicios de salud que recibimos mi dependiente o yo, y que estén cubiertos por mi seguro de salud. Con mi cesión, el proveedor no puede solicitarme el pago a mí, excepto en el caso de un copago, coseguro o deducible que se debería pagar si mi dependiente o yo recurriéramos un proveedor participante. Si mi aseguradora me pagó a mí por los servicios, acepto enviarle el pago al proveedor.

Nombre del paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Nombre de la aseguradora: _____

N.º de identificación del seguro del paciente: _____

Nombre del proveedor: _____ Número de teléfono del proveedor: _____

Dirección del proveedor: _____

Fecha de servicios: _____

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude a cualquier compañía de seguro u otra persona, presenta una solicitud de seguro o declaración de reclamación con información sustancialmente falsa, u oculta, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho material en relación con esto, comete un acto fraudulento de seguro, el cual es un delito. Además, dicha persona puede estar sujeta a una sanción penal que no debe superar los cinco mil dólares y el valor indicado de la reclamación para cada violación.

(Firma del paciente)

(Fecha de la firma)

Ejemplos de reembolsos fuera de la red para cobertura de grupo grande

Este resumen brinda ejemplos de costos típicos para servicios fuera de la red conforme a nuestros tres planes de seguro de salud más vendidos en el condado de Nueva York que incluyen los códigos postales con el prefijo 100, 101 y 102. Si desea los detalles de su cobertura y los costos, puede obtener las condiciones completas en la póliza o los documentos del plan llamando al **1-888-982-3862**.

Colonoscopia (Biopsia del intestino grueso usando un endoscopio), código CPT: 45380 Anestesia, código CPT: 00810 Patología, código CPT: 88305				
Costos de atención de muestra	UCR	Plan* [A]	Plan [B]	Plan [C]
Servicios hospitalarios	\$3,514.00	\$1,286.65	\$1,833.78	\$2,750.67
Servicios médicos	\$2,000.00	\$260.67	\$496.52	\$744.78
Anestesia	\$1,496.50	\$128.60	\$245.00	\$367.50
Patología	\$244.00	\$88.29	\$168.18	\$252.27
Total	\$7,254.50	\$1,764.21	\$2,743.48	\$4,115.22
El paciente paga:				
Deducibles**		\$0	\$0	\$0
Copagos		\$0	\$0	\$0
Coseguro		\$705.69	\$1,097.40	\$1,646.09
Diferencia entre el UCR y lo que paga el plan		\$5,490.29	\$4,511.02	\$3,139.28
Total		\$6,195.98	\$5,608.42	\$4,785.37

El UCR (cargo habitual) es el monto que los proveedores normalmente cobran por un servicio. Esta tabla usa el UCR en función del percentil 80 de FAIR Health para los códigos postales del condado de Nueva York con el prefijo 100. Su proveedor puede facturar más que el UCR.

Lo que el paciente paga representa costos compartidos de muestra. Su costo compartido puede variar.

Notas: la colonoscopia que se realice fuera de la red no estará cubierta como un servicio preventivo conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible. El copago se muestra como \$0 porque normalmente no se aplica a la cobertura fuera de la red.

Estos ejemplos no tienen en cuenta si se alcanzó el límite de coseguro del miembro.

Estos ejemplos solo se aplican a planes con cobertura fuera de la red.

Los ejemplos de reclamaciones suponen que los servicios se brindaron como paciente externo.

*Los planes son los siguientes:

Plan A: el 105 % de Medicare por servicios profesionales y el 140 % de servicios de centros de Medicare

Plan B: el 200 % de Medicare por servicios profesionales y el 200 % de servicios de centros de Medicare

Plan C: el 300 % de Medicare por servicios profesionales y el 300 % de servicios de centros de Medicare

Aetna Student Health corresponde al Plan A.

**Supone que se alcanzó el deducible.

Laminotomía (extracción parcial de hueso con liberación de la médula espinal o los nervios espinales de un espacio intermedio en la parte inferior de la columna vertebral),
 código CPT: 63030
 Anestesia, código CPT: 00630

Costos de atención de muestra	UCR	Plan* [A]	Plan [B]	Plan [C]
Servicios hospitalarios	\$16,005.00	\$8,205.46	\$11,722.08	\$17,583.12
Servicios médicos	\$24,482.00	\$1,271.77	\$2,422.42	\$3,633.63
Anestesia	\$1,832.00	\$205.76	\$392.00	\$588.00
Total	\$42,319.00	\$9,682.99	\$14,536.50	\$21,804.75
El paciente paga:				
Deducibles**		\$0	\$0	\$0
Copagos		\$0	\$0	\$0
Coseguro		\$3,873.20	\$5,814.60	\$8,721.90
Diferencia entre el UCR y lo que paga el plan		\$32,636.01	\$27,782.50	\$20,514.25
Total		\$36,509.21	\$33,597.10	\$29,236.15

Reconstrucción mamaria
 (colocación de expansor de tejido en la mama),
 código CPT: 19357
 Anestesia, código CPT: 00402

Costos de atención de muestra	UCR	Plan* [A]	Plan [B]	Plan [C]
Servicios hospitalarios	\$4,791.00	\$12,479.68	\$17,282.12	\$26,742.18
Servicios médicos	\$16,500.00	\$1,885.30	\$3,591.06	\$5,386.59
Anestesia	\$872.00	\$128.60	\$245.00	\$367.50
Total	\$22,163.00	\$14,493.58	\$21,118.18	\$32,496.27
El paciente paga:				
Deducibles**		\$0	\$0	\$0
Copagos		\$0	\$0	\$0
Coseguro		\$5,797.44	\$8,447.28	\$12,998.51
Diferencia entre el UCR y lo que paga el plan		\$7,669.42	\$1,044.82	N/A
Total		\$13,466.86	\$9,492.10	\$12,998.51

Notas: estos ejemplos no tienen en cuenta si se alcanzó el límite de coseguro del miembro.

Estos ejemplos solo se aplican a planes con cobertura fuera de la red.

*Los planes son los siguientes:

Plan A: el 105 % de Medicare por servicios profesionales y el 140 % de servicios de centros de Medicare

Plan B: el 200 % de Medicare por servicios profesionales y el 200 % de servicios de centros de Medicare

Plan C: el 300 % de Medicare por servicios profesionales y el 300 % de servicios de centros de Medicare

**Supone que se alcanzó el deducible.

Estamos comprometidos con la acreditación otorgada por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA) para mejorar constantemente la calidad y satisfacer las expectativas de los clientes. Puede encontrar una lista completa de planes de salud y su condición con respecto al NCQA en el sitio web del NCQA, <http://reportcard.ncqa.org>.

Para delimitar su búsqueda, le sugerimos que busque las siguientes áreas:

1. **Planes de seguro de salud:** para planes de salud HMO y PPO.
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 la relación de las medidas clave desarrolladas y probadas cuidadosamente con la mejora de la atención; por lo tanto, el reconocimiento de proveedores del NCQA 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 usted necesita este material en otro idioma, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-565-1236. If you need this material translated into another language, please call Member Services at 1-866-565-1236.

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 comunicándose con:

Civil Rights Coordinator,

PO 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)

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

Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-888-982-3862. (French Creole-Haitian)

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

Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-888-982-3862 (Italian)

צו צוטריט שפראך באַדינונגען אין קיין פרייז צו איר, רופן 1-888-982-3862 (Yiddish)

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

Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-888-982-3862 (Polish)

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

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

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

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

Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-888-982-3862. (Greek)

Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi 1-888-982-3862. (Albanian)