

Divulgación de información importante

Open Choice® PPO

Aetna Open Access® HMO

Aetna Choice® POS

Aetna Open Access® Managed Choice®

Health Network Only

Health Network Option

Elect Choice EPO

Índice

Comprenda su plan de beneficios.....	3
Obtenga información del plan en línea y por teléfono	4
Si ya está inscrito en un plan de salud de Aetna®	4
Ayuda para quienes hablan otro idioma y para las personas sordas	4
¿Todavía no es miembro?.....	5
Busque en nuestra red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica	5
Costos y normas para usar su plan.....	6
Lo que usted paga.....	6
Sus costos cuando sale de la red.....	7
Nunca necesita remisiones con planes Open Access.....	8
Certificación previa: obtener aprobaciones para servicios.....	8
Presentación de reclamaciones en Oklahoma	9
Información sobre beneficios específicos	9
Atención de emergencia y de urgencia y atención fuera del horario de atención	9
Beneficio de medicamentos con receta	10
Beneficios de salud mental y para casos de adicciones.....	11
Trasplantes y otras afecciones complejas.....	12
Beneficios importantes para las mujeres.....	12
Sin cobertura debido a sanciones de los Estados Unidos.....	12
Otros beneficios obligatorios por cada estado.....	12
Conozca lo que está cubierto	13
Verificamos si es médicamente necesario.....	13
Estudiamos la última tecnología médica	13
Publicamos nuestros hallazgos en aetna.com	13
Qué debe hacer si no está de acuerdo con nosotros.....	14
Reclamos, apelaciones y revisión externa.....	14

Divulgación de información importante

Open Choice® PPO

Aetna Open Access® HMO

Aetna Choice® POS

Aetna Open Access® Managed Choice®

Health Network Only

Health Network Option

Elect Choice EPO

Índice (cont.)

Derechos y responsabilidades del miembro	15
Conozca sus derechos como miembro	15
Tome decisiones médicas antes de su procedimiento	15
Conozca nuestros programas de administración de calidad.....	15
Protegemos su privacidad.....	15
Cualquier persona puede obtener atención médica	16
Sus derechos para inscribirse más adelante si decide no inscribirse ahora	16
Los miembros de Georgia pueden nominar a un médico fuera de la red para los beneficios de la red.....	16
No discriminación para pruebas genéticas	17
Consentimiento informado para Hawái	17
Base de datos de reclamaciones de todos los pagadores de Rhode Island (APCD)	17
Encuentre más información disponible.....	17

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 simplemente podría desear, como la cirugía plástica. Tampoco cubre tratamientos que aún no son ampliamente aceptados. También debe saber que algunos servicios pueden tener límites. Por ejemplo, un plan puede permitir solo un examen de la vista por año.

Advertencia: si usted o los miembros de su familia están cubiertos por más de un plan de atención médica, es posible que no pueda cobrar los beneficios de ambos planes. Cada plan puede exigirle que siga sus reglas o asista a médicos y hospitales específicos, y puede ser imposible cumplir con ambos planes al mismo tiempo. Antes de inscribirse en este plan, lea todas las reglas con mucho cuidado y compárelas con las reglas de cualquier otro plan que lo cubra a usted o a su familia.

¿Tiene un plan Med Premier o Student?

Si tiene un plan para estudiantes por accidentes y enfermedades, visite aetnastudenthealth.com si tiene preguntas o llame a Aetna Student Health al número gratuito que figura en su identificación para obtener más información. Para apelaciones, envíe su solicitud a la dirección que figura en la declaración de su Explicación de beneficios o en una carta de determinación adversa. Los planes de seguro de salud estudiantil con cobertura total están suscritos por Aetna Life Insurance Company (Aetna). Aetna Student HealthSM es el nombre comercial de los productos y servicios proporcionados por Aetna Life Insurance Company y sus compañías afiliadas aplicables (Aetna).

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 es un plan de seguro de salud con cobertura total 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 el plan incluye esas reglas.

La información específica de cada estado mencionada en este folleto no se aplica a todos los planes. Para estar seguro, revise los documentos de su plan, pregunte a su administrador de beneficios o llame al Departamento de Servicios para miembros de Aetna. Algunos estados también pueden tener diferencias que no están contempladas en este documento.

Dónde encontrar información sobre su plan específico

Los documentos de su plan contienen todos los detalles del plan que elija. Esto incluye lo que está cubierto, lo que no está cubierto y lo que pagará por los servicios. Los nombres de los documentos del plan varían.

Entre ellos, se incluyen: Folleto-certificado, Programa de beneficios, Certificado de cobertura, Acuerdo grupal, Certificado de seguro grupal, 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.

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

Obtenga información del plan en línea y por teléfono

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

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

1. Inicie sesión en su sitio web seguro para miembros

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

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

Luego, podrá iniciar sesión en cualquier momento para:

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

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

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

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

- Encontrar un médico o un centro
- Ver alertas y mensajes
- Ver sus reclamaciones, cobertura y beneficios
- Ver la información de su identificación
- Usar el Calculador de pagos para miembros

- Contactarse con nosotros por teléfono o correo electrónico

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

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

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

Ayuda para quienes hablan otro idioma y para las personas sordas

Si necesita asistencia lingüística, llame al número del Departamento de Servicios para miembros que se encuentra en su identificación de miembro y un representante 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 al que está llamando.

Help for those who speak another language and for those who are deaf

If you require language assistance, please call the Member Services number on your member ID card from Sutter Health | Aetna, and a 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 telephone number you're calling.

También puede hablar con un representante para:

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

¿Todavía no es miembro?

Para ayudar a entender cómo funciona un plan médico en particular, debe revisar su Resumen de beneficios y Documento de cobertura o comunicarse con su empleador o administrador de beneficios.

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

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

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

Si está considerando inscribirse: ingrese a aetna.com y seleccione "Find a doctor" (Buscar un médico) en la página de inicio. Deberá seleccionar el plan que le interesa del cuadro desplegable.

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

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

Obtenga un directorio impreso GRATUITO

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

Si vive en Georgia, puede llamar a la línea gratuita al **1-800-223-6857** para confirmar que el proveedor preferido de su interés se encuentre en la red y acepte nuevos pacientes.

División de Seguros de Hawái: puede comunicarse con la División de Seguros de Hawái y la Oficina de Reclamos del Consumidor al **1-808-586-2790**.

Los miembros de Michigan pueden comunicarse con la Oficina de Seguros y Servicios Financieros de Michigan al **517-284-8800** para:

- Verificar la licencia de los proveedores participantes
- Acceder a información sobre reclamos formales presentados y medidas disciplinarias tomadas contra un proveedor de atención médica en los tres años anteriores inmediatos

Para obtener más información sobre su plan de salud, llame al Departamento de Servicios para miembros al **1-800-208-8755** o consulte los documentos de su plan.

El derecho de un proveedor a unirse a la red: Kentucky

Cualquier proveedor de atención médica que cumpla con nuestros criterios de inscripción y que esté dispuesto a cumplir con los términos y condiciones de participación tiene derecho a convertirse en un proveedor participante en nuestra red.

Tiempos de espera habituales: Kentucky

- Atención de rutina: dentro de 7 días
- Atención preventiva: dentro de 8 semanas
- Con síntomas, no urgente: dentro de 3 días
- Afección urgente: el mismo día/dentro de 24 horas
- Emergencia: de inmediato o con remisión a la sala de emergencias

Algunos médicos no están en la red Aetna® aun cuando trabajan en un hospital de la red

Aviso para Luisiana: *“Es posible que, en un centro de atención médica de la red, médicos que trabajen en el centro pero que no estén en su plan de salud le proporcionen a usted servicios de atención médica. Usted podría ser responsable del pago de la totalidad o parte de los honorarios por esos servicios fuera de la red, además de los montos correspondientes a los copagos, coseguros, deducibles y servicios no cubiertos. Puede encontrar información específica sobre médicos dentro de la red y fuera de la red que trabajan en un centro en la dirección del sitio web de su plan de salud o llamando al número de teléfono de servicio al cliente de su plan de salud”.*

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

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

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

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

La red también puede tener que pagarnos a nosotros si no logran sus objetivos. Esto ayuda a fomentar ahorros ligados al valor y mejores resultados de salud para nuestros miembros.

Los médicos y hospitales que son miembros de una red responsable de la salud pueden tener sus propios acuerdos financieros a través de la misma red. Consulte con su médico para obtener detalles.

Es importante que los médicos tengan una visión completa de su atención médica para proporcionar planes de tratamiento personalizados para sus necesidades particulares. Por esa razón, podemos

* Los objetivos específicos varían de una red a otra.

compartir su información de salud con la organización responsable de la salud o con médicos dentro de la red.

Puede ver qué proveedores de atención médica forman parte de una organización responsable de la salud cuando usa nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea. Consulte “Busque en nuestra red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica” en este folleto para obtener más información. Después de ingresar sus criterios de búsqueda, busque el logotipo específico de la red.

Costos y normas para usar su plan

Lo que usted paga

Usted compartirá el costo de su atención médica. Se los denomina costos “que paga de su bolsillo”. Los documentos de su plan muestran los montos que se aplican a su plan específico. Esos costos pueden incluir:

- **Copago:** un monto fijo (por ejemplo, \$25) que paga por un servicio de atención médica cubierto. Por lo general, paga esto cuando obtiene el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio. Por ejemplo, puede pagar un monto diferente para ver a un especialista del que pagaría por ver a su médico de familia.
- **Coseguro:** su parte de los costos de un servicio cubierto. Por lo general, este es un porcentaje (por ejemplo, 20%) del monto permitido para el servicio. Por ejemplo, si el monto permitido del plan de salud para una visita al consultorio es de \$100 y usted ha alcanzado su deducible, su pago de coseguro del 20% sería \$20. El plan de salud paga el resto del monto permitido.
- **Deducible:** el monto que debe pagar por los servicios de atención médica antes de que su plan comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, tiene que pagar los primeros \$1,000 por los servicios cubiertos antes de que el plan comience a pagar. Es posible que no tenga que pagar 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 emergencia 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, si va a la sala de emergencias, pagará los primeros \$250 de esa factura.

Sus costos cuando sale de la red

Planes solo de red

Los planes Open Access HMO y Health Network Only son planes solo de red. Eso significa que el plan cubre los servicios de atención médica solo cuando los proporciona un médico que participa en la red de Aetna. No todos los hospitales, centros de atención médica, médicos u otros tipos de proveedores participan en la red. Si recibe servicios de un médico u otro proveedor de atención médica fuera de la red, deberá pagar todos los costos de los servicios. Consulte "Atención de emergencia y de urgencia y atención fuera del horario de atención" para obtener más información.

Planes que cubren servicios fuera de la red

Con Open Choice, Health Network Option, Open Access Managed Choice y el plan Aetna Choice POS, puede elegir un médico en nuestra red. Puede optar por consultar a un médico 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. Queremos ayudar a que comprenda cuánto pagaremos por su atención fuera de la red. Al mismo tiempo, queremos dejar en claro cuánto más tendrá que pagar usted por esta atención. Los siguientes son ejemplos para cuando consulta a un médico:

Dentro de la red significa que tenemos un contrato con ese médico. Los médicos acuerdan cuánto le cobrarán por los servicios cubiertos. Esa cantidad es, a menudo, menos de lo que le cobrarían si no estuvieran en nuestra red. La mayoría de las veces, le cuesta menos consultar a médicos en nuestra red. Los médicos también acuerdan no facturarle ninguna cantidad por encima de su tarifa de contrato. Todo lo que tiene que pagar es su coseguro o copago, junto con cualquier deducible. Su médico de la red se encargará de cualquier certificación previa requerida por su plan.

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.

Usar la red simplemente tiene sentido.

- Hemos negociado tarifas con descuento para usted.
- Los médicos y hospitales dentro de la red no le facturarán los costos superiores a nuestras tarifas de los servicios cubiertos.
- Está en buenas manos con acceso a atención de calidad de nuestra red nacional.

Para obtener más información acerca de cómo pagamos los beneficios fuera de la red, ingrese a aetna.com. Escriba "cómo paga Aetna" en el cuadro de búsqueda.

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 utilizar 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., una compañía sin fines de lucro que informa cuánto cobran los proveedores por los servicios en cualquier código postal.

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 que no pertenecen a 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.

Nunca necesita remisiones con planes Open Access

Como miembro de Aetna Open Access o del plan PPO, nunca necesita una remisión de su médico habitual para ver a un especialista. Tampoco es necesario que elija un proveedor de atención primaria (PCP), pero le aconsejamos que lo haga para ayudarlo a recorrer el sistema de atención médica. De todos modos, algunos estados nos exigen que le informemos sobre ciertos beneficios de Open Access. Asegúrese de que todos sus beneficios sean de Open Access, incluidos los siguientes:

Florida

- **Quiropráctico y podiatra:** usted tiene acceso directo a un proveedor de atención primaria quiropráctico y podiatra de su elección y no necesita una remisión de su PCP para acceder a estos beneficios cubiertos por su plan de beneficios de salud.
- **Dermatólogo:** usted tiene acceso directo a un proveedor de atención primaria dermatólogo participante de su elección y no necesita una remisión de su PCP para acceder a estos beneficios cubiertos por su plan de beneficios de salud.

Georgia

- **Obstetra/ginecólogo:** las mujeres miembro tienen acceso directo al proveedor primario obstetra/ginecólogo participante de su elección y no necesitan una remisión de su PCP para un examen rutinario de bienestar para la mujer, incluida una prueba de Papanicolaou cuando corresponda y una cantidad ilimitada de visitas para problemas ginecológicos y atención de seguimiento.
- **Dermatólogo:** usted tiene acceso directo al proveedor dermatólogo participante de su elección y no necesita una remisión de su médico de atención primaria para acceder a los beneficios dermatológicos cubiertos por su plan de salud.

Kentucky

Proveedores de atención primaria quiroprácticos participantes: si usted vive en Kentucky, tiene acceso directo al proveedor primario quiropráctico participante que elija. No necesita una remisión de su PCP para acceder a los beneficios de quiropráctica cubiertos por su plan de beneficios.

Carolina del Norte

Obstetra/ginecólogo: cualquier mujer miembro de 13 años o más puede consultar a cualquier ginecólogo participante para un examen rutinario de bienestar para la mujer, incluida una prueba de Papanicolaou cuando corresponda y una cantidad ilimitada de consultas para problemas ginecológicos y atención de seguimiento.

Tennessee

Atención de la vista de rutina: tiene cobertura para exámenes de la vista de rutina con proveedores participantes sin remisión de su PCP. Es posible que se apliquen copagos. Para los exámenes de la vista de rutina, puede consultar a un optometrista u oftalmólogo participante sin remisión, una vez cada 12 meses. Los exámenes de ajuste de lentes de contacto no están cubiertos.

Certificación previa: obtener aprobaciones para servicios

En ocasiones, pagaremos la atención solo si hemos otorgado una aprobación antes de que usted la reciba. Llamamos a eso certificación previa. Por lo general, solo necesita una certificación previa para recibir atención más seria, como una cirugía o una internación en un hospital. Cuando recibe atención de un médico de la red de Aetna®, su médico obtiene una certificación previa de nosotros. Pero si recibe atención fuera de nuestra red, debe llamarnos para obtener la certificación previa cuando sea necesario.

Los documentos de su plan mencionan todos los servicios que requieren que usted obtenga una certificación previa. Si no lo hace, tendrá que pagar la totalidad o una mayor parte del costo del servicio. Incluso con la certificación previa, generalmente pagará más cuando use médicos fuera de la red. Llame al número que figura en su identificación de Aetna para comenzar el proceso. Debe obtener la certificación previa antes de recibir la atención.

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

No necesita obtener certificación previa para servicios de emergencia.

Qué buscamos al analizar una solicitud

Primero, verificamos que usted siga siendo miembro y nos aseguramos de que el servicio se considere médicamente necesario para su afección. También nos aseguramos de que el servicio y el lugar solicitado para obtener el servicio sean rentables. Podemos sugerir un tratamiento o un lugar de servicio diferentes que sean igual de efectivos pero que cuesten menos.

Además, nos fijamos en si usted reúne los requisitos para uno de nuestros programas de administración de casos. Si es así, uno de nuestros enfermeros puede contactarlo.

La certificación previa no verifica que haya alcanzado los límites en dólares del plan o los máximos de consultas para el servicio solicitado.

Entonces, incluso si obtiene la aprobación, es posible que el servicio no esté cubierto.

Miembros de Carolina del Norte

Si no puede obtener un servicio o suministro médicamente necesario a través de un médico u hospital preferido/participante sin demoras irrazonables, o no puede encontrar un médico participante que pueda proporcionar el servicio o suministro, puede obtener el servicio o suministro de un proveedor no preferido/no participante. Primero debe obtener la certificación previa para el servicio o suministro. Una vez obtenida la certificación previa, cubriremos el servicio o suministro en el nivel de beneficio preferido/dentro de la red. Eso significa que su parte de los costos (copago, coseguro o deducible) estará en el nivel preferido o dentro de la red. Esto también es válido para emergencias médicas. Las emergencias médicas no requieren certificación previa.

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

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

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. Cuando cierto uso es apropiado, nuestro personal utiliza directrices y recursos reconocidos a nivel nacional, como MCG (anteriormente conocido como Pautas de Atención Milliman) para revisar las solicitudes de cobertura. Los grupos de médicos, como las asociaciones de práctica independiente, pueden usar otros recursos que consideren apropiados.
- No fomentamos las decisiones sobre la utilización que deriven en un nivel bajo de utilización.

Presentación de reclamaciones en Oklahoma

Los médicos participantes de Aetna y otros proveedores de atención médica presentarán reclamaciones por usted. Sin embargo, es posible que usted deba presentar una reclamación para servicios cubiertos fuera de la red. Puede descargar e imprimir un formulario de reclamación en <https://www.aetna.com/individuals-families/using-your-aetna-benefits/find-form.html>. También puede llamar al Departamento de Servicios para miembros al número que figura en su identificación para solicitar un formulario. El formulario de reclamación incluye las instrucciones completas, incluida la documentación que debe enviar con él.

Determinamos cómo y cuándo se paga una reclamación de acuerdo con los términos y condiciones del plan de cobertura de salud y nuestras políticas de cobertura interna. Consulte "Conozca lo que está cubierto" para obtener más información sobre las políticas de cobertura.

Información sobre beneficios específicos

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

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

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

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

En **Kentucky**, la definición de afección médica de emergencia es: *“una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad, incluido el dolor intenso, que una persona prudente razonable podría tener evidencia para creer que constituye una afección en la que se podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata derive en: colocar la salud de la persona o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su feto, en grave peligro; un deterioro grave de las funciones corporales; o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o en el caso de una mujer embarazada que está teniendo contracciones, una situación en la que no hay tiempo suficiente para efectuar una transferencia segura a otro hospital antes del parto; o una situación en la que la transferencia puede representar una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del feto”*.

Usted cuenta con cobertura para atención de emergencia

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

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

Revisaremos la información cuando llegue la reclamación. Si creemos que la situación no era urgente, podríamos solicitarle más información y enviarle un formulario para completar. Complete el formulario o llame al Departamento de Servicios para miembros para darnos la información por teléfono.

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

Llame a su médico si tiene alguna pregunta o inquietud. Su médico debe tener un servicio de contestador si llama después del horario de atención de su consultorio. También puede ir a un centro de atención de urgencia, que puede tener un horario limitado. Para encontrar un centro cerca de usted, inicie sesión en **aetna.com** y busque en nuestra lista de médicos y otros proveedores de atención médica. Consulte los documentos de su plan para ver cuánto debe pagar por servicios de atención de urgencia.

Beneficio de medicamentos con receta

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

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 guía muestra qué medicamentos con receta están cubiertos y son preferidos. También explica cómo elegimos los medicamentos que se incluirán en la guía.

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.

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 guía de medicamentos preferidos. También se pueden aplicar a medicamentos que no están en la guía. En los planes en los que paga un porcentaje del costo, su parte del costo se calcula en función del precio del medicamento antes de que 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 guía de medicamentos preferidos que por un medicamento que no está en la guía.

Servicios de pedidos por correo y medicamentos especializados de las farmacias de Aetna

Los servicios de pedidos por correo y medicamentos especializados son de las farmacias que son propiedad de Aetna. Estas farmacias se llaman Aetna Rx Home Delivery® y Aetna Specialty Pharmacy®, y son farmacias con fines de lucro.

Es posible que no tenga que apegarse a la guía de medicamentos preferidos

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

Puede solicitar una excepción para algunos medicamentos que no están cubiertos

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

Obtenga una copia de la guía de medicamentos preferidos

Puede encontrar la Guía de medicamentos (formulario) de Aetna Pharmacy en nuestro sitio web aetna.com/formulary/. Llame al número gratuito que figura en su identificación de Aetna para solicitar una copia impresa. A menudo agregamos nuevos medicamentos a la guía. Consulte en línea o llame al Departamento de Servicios para miembros para ver las últimas actualizaciones.

¿Tiene alguna pregunta? Obtenga respuestas.

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

Beneficios de salud mental y para casos de adicciones

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

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

Obtenga información sobre el uso de terapeutas de la red

Queremos que se sienta bien al usar la red de Aetna para servicios de salud mental. Ingrese a aetna.com/docfind y seleccione el enlace "Quality and Cost Information" (Información sobre calidad y costos). ¿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® (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.

Beneficios importantes para las mujeres

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

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

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica
- Prótesis
- Tratamiento de problemas físicos de la mastectomía, incluido el linfedema

Se proporcionarán beneficios a una persona que ya se haya sometido a una mastectomía como resultado de un cáncer de mama mientras esté cubierta por un plan de salud diferente. La cobertura se brinda de acuerdo con el diseño de su plan y está sujeta a los límites del plan, los copagos, los deducibles, el coseguro y los requisitos de remisión, si hubiere, tal como se describe en los documentos de su plan.

Para obtener más información, 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>

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.

Otros beneficios obligatorios por cada estado

Consulte los documentos de su plan para conocer los detalles de la cobertura, incluidos los beneficios obligatorios en su estado que quizás no se mencionan aquí ni en otro lugar de este documento.

Virginia Occidental: medicamentos y dispositivos anticonceptivos

Los planes que incluyen beneficios de medicamentos con receta deben tener un anexo que cubra los productos anticonceptivos aprobados por la FDA. Los empleadores religiosos tienen permitido no participar en esta cobertura. Si eso sucede, los miembros cubiertos bajo el contrato pueden obtener su propio anexo de anticoncepción directamente de nosotros. Hable con el administrador de su plan para ver si esto lo afecta.

Delaware: beneficio de prótesis capilar para el cuero cabelludo

Los planes de Aetna cubren el costo de las prótesis capilares para el cabello que se usan para la pérdida de cabello ocasionada por la alopecia areata, causada por una enfermedad autoinmune. Se aplicarán las mismas limitaciones y pautas que se aplican a otras prótesis como se describe en los documentos de su plan, pero este beneficio también está limitado a \$500 por año.

Conozca lo que está cubierto

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

Verificamos si es médicamente necesario

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

El producto o servicio:

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

Solo profesionales médicos pueden decidir si un tratamiento o servicio no es médicamente necesario. 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 ingresar a [aetna.com/about/cov_det_policies.html](https://www.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.

Iowa

La decisión de cobertura hace referencia a una decisión adversa final basada en la necesidad médica. Esta definición no incluye una denegación de cobertura para un servicio o tratamiento específicamente mencionado en el plan o los documentos de evidencia de cobertura como excluidos de la cobertura, o una denegación de cobertura para un servicio o tratamiento que ya ha sido recibido y por el cual el inscrito no tiene responsabilidad financiera.

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 lo 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:

- Leer revistas médicas para ver la investigación: queremos saber qué tan seguro y efectivo es
- Ver lo que otros grupos médicos y gubernamentales dicen al respecto, incluida 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, así que consulte los documentos de su plan.

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

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

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.

Qué debe hacer si no está de acuerdo con nosotros

Reclamos, apelaciones y revisión externa

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

Llame al Departamento de Servicios para miembros para presentar un reclamo de forma oral o para solicitar la dirección para enviar un reclamo por escrito. El número de teléfono figura en su identificación de Aetna. También puede enviar un correo electrónico al Departamento de Servicios para miembros a través del sitio web seguro para miembros.

Si no está satisfecho después de hablar con un representante del Departamento de Servicios para

miembros, puede solicitar que enviemos su problema al departamento de reclamos correspondiente.

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

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

Obtenga una revisión de alguien que no pertenezca a Aetna

Si la denegación se basa en un criterio médico, es posible que pueda obtener una revisión externa si no está satisfecho con su apelación (en la mayoría de los casos deberá finalizar todas sus apelaciones internas primero). Siga las instrucciones en nuestra respuesta a su apelación. Llame al Departamento de Servicios para miembros para solicitar un formulario de revisión externa. También puede visitar **aetna.com**. Ingrese "revisión externa" en la barra de búsqueda.

Algunos estados tienen su propio proceso de revisión externa, y es posible que deba pagar una pequeña tarifa de presentación como parte del programa obligatorio del estado. En otros estados, la revisión externa todavía está disponible, pero sigue normas federales. Visite el sitio web del gobierno de su estado para obtener más información. Puede encontrar un enlace en

[usa.gov/Agencies/State-and-Territories.shtml](https://www.usa.gov/Agencies/State-and-Territories.shtml)

o llamar al Departamento de Servicios para miembros al número gratuito que figura en su identificación de Aetna para obtener ayuda.

En Indiana, ingrese a **<https://www.in.gov/idoi/>** para obtener información sobre cómo presentar una queja interna o externa.

Una organización de revisión independiente (IRO) asignará su caso a uno de sus expertos. El experto será un médico u otro profesional que se especialice en esa área o tipo de apelación. Debe tener una decisión dentro de los 45 días calendario posteriores a la solicitud. La decisión del revisor externo es final y vinculante. Seguiremos la decisión del revisor externo y usted no tendrá que pagar nada a menos que haya una tarifa de presentación.

Una revisión urgente puede ser posible

Si su médico cree que usted no puede esperar 45 días, solicite una revisión acelerada o urgente. Eso significa que tomaremos nuestra decisión lo antes posible.

Derechos y responsabilidades del miembro

Conozca sus derechos como miembro

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

Algunos de sus derechos se mencionan a continuación.

También publicamos una lista de derechos. 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.

Tome decisiones médicas antes de su procedimiento

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

Existen diferentes tres tipos de instrucciones anticipadas¹:

- Poder de representación duradero: nombre 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 una instrucción anticipada de varias maneras:

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

Conozca nuestros programas de administración de calidad

Nos aseguramos de que su médico brinde atención de calidad para usted y su familia. Para obtener más información sobre estos programas, incluidos objetivos y resultados, visite [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.

Protegemos su privacidad

Consideramos que la información personal es privada. Nuestras políticas protegen su información personal del uso ilegal. Por 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 información personal dentro de nuestra compañía, la compartimos con nuestros afiliados y podemos divulgarla a:

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

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

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

- Pagar reclamaciones
- Tomar decisiones sobre lo que cubre el plan
- Coordinación de pagos con otras aseguradoras

¹ Fuente: American Academy of Family Physicians (Academia Estadounidense de Médicos de Familia). Advance Directives and Do Not Resuscitate Orders. Enero de 2012. Disponible en <https://familydoctor.org/advance-directives-and-do-not-resuscitate-orders/>. Visitado el 15 de mayo de 2018.

- 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 permiso 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.

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

Cualquier persona puede obtener atención médica

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

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 31 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 31 días posteriores a un evento en su vida si elige no inscribirse durante el período de inscripción abierta normal. Los eventos de la vida incluyen:

- Matrimonio
- Nacimiento
- Adopción
- Colocación para adopción

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

Los miembros de Georgia pueden nominar a un médico fuera de la red para los beneficios de la red

¿Preferiría recibir atención de un médico que no está en la red? Simplemente llame al Departamento de Servicios para miembros para nominar a un médico específico que se desempeñará como médico de la red para usted y los miembros de su familia cubiertos. Use el número de teléfono que aparece en su identificación de miembro de Aetna. Recibirá su identificación una vez que se inscriba.

El médico debe aceptar las tarifas de compensación del plan. Él o ella también debe cumplir con las políticas del plan y los requisitos de control de calidad. Y el médico debe cumplir con todos los demás criterios razonables como cualquier otro médico de nuestra red. Si el médico está de acuerdo, usted pagará el mismo costo compartido de la red por los servicios de ese médico que el que paga por otros médicos de la red.

Ajustaremos su prima para agregar al médico a la red. El monto dependerá de si usted tiene cobertura individual o familiar. Los representantes del Departamento de Servicios para miembros pueden decirle cuánto más deberá pagar. Hable con su empleador o administrador de beneficios para obtener precios exactos y otra información.

No discriminación para pruebas genéticas

Aetna no utilizará de ninguna manera los resultados de las pruebas genéticas para discriminar a los solicitantes o inscritos.

Consentimiento informado para Hawái

Tiene derecho a estar completamente informado antes de tomar cualquier decisión sobre cualquier tratamiento, beneficio o no tratamiento. Su proveedor hará lo siguiente:

- Hablar sobre todas las opciones de tratamiento, incluida la opción de no recibir tratamiento en absoluto
- Asegurarse de que las personas con discapacidad tengan un medio efectivo de comunicación con el proveedor y otros miembros del plan de cuidado administrado
- Hablar sobre todos los riesgos, beneficios y consecuencias del tratamiento y el no tratamiento. Su proveedor también discutirá con usted y su familia inmediata los testamentos en vida y los poderes de representación duraderos en relación con el tratamiento médico.

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

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

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

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

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

Tiene derecho a no participar en el proyecto

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

¿Tiene preguntas?

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Base de datos de reclamaciones de todos los pagadores de Rhode Island en <http://www.ohic.ri.gov> o con la Asistencia al consumidor del seguro de salud de Rhode Island al **1-855-747-3224**.

Encuentre más información disponible

Georgia

Un resumen de cualquier acuerdo o contrato entre Aetna y cualquier proveedor de atención médica estará disponible a solicitud. Puede pedirlo llamando al número de teléfono del Departamento de Servicios para miembros que figura en su identificación. El resumen no incluirá acuerdos financieros sobre tarifas, reembolsos, cargos o tarifas reales negociados por Aetna y el proveedor. El resumen incluirá una categoría o tipo de compensación pagada por Aetna a cada clase de proveedor de atención médica bajo contrato con Aetna.

Illinois

La legislación de Illinois exige que los planes de salud brinden la siguiente información cada año a los inscritos y a los posibles inscritos que lo soliciten:

- Una lista completa de los proveedores de atención médica participantes en el área de servicio del plan de atención médica
- Una descripción de los siguientes términos de cobertura:
 1. El área de servicio
 2. Los beneficios y servicios cubiertos con todas las exclusiones, excepciones y limitaciones
 3. La certificación previa y otros procedimientos y requisitos de revisión de utilización
 4. Una descripción del proceso para la selección de un PCP, cualquier limitación al acceso a especialistas y la política vigente de remisión del plan

5. La cobertura de emergencia y los beneficios, incluida cualquier restricción en los servicios de atención de emergencia
 6. La cobertura y los beneficios fuera del área, si corresponde
 7. La responsabilidad financiera del inscrito en cuanto a copagos, deducibles, primas y cualquier otro gasto que paga de su bolsillo
 8. Las disposiciones para la continuidad del tratamiento en caso de que la participación de un proveedor de atención médica finalice durante el transcurso del tratamiento de un inscrito por parte del proveedor
 9. El proceso de apelaciones, formularios y plazos para apelaciones por servicios de atención médica, reclamos y revisiones externas independientes, reclamos administrativos y reclamos de revisión de utilización, con un número de teléfono al que llamar para recibir más información del plan de atención médica sobre el proceso de apelación
 10. Una declaración de todos los servicios básicos de atención médica y todos los beneficios y servicios específicos que se proporcionarán a los inscritos según una ley estatal o norma administrativa
- Una descripción de la relación financiera entre el plan de salud y cualquier proveedor de atención médica, incluido, si se solicita, el porcentaje de copagos, deducibles y primas totales en gastos relacionados con la atención médica y el porcentaje de copagos, deducibles y primas totales en otros gastos, incluidos los de índole administrativa

Kansas

La legislación de Kansas le permite tener la siguiente información, si la solicita: (1) una descripción completa de los servicios de atención médica, artículos y otros beneficios a los que tiene derecho en el plan de salud particular que le brinda cobertura o se le ofrece; (2) una descripción de las limitaciones, excepciones o exclusiones de la cobertura en el plan de beneficios de salud, incluidas las políticas de autorización previa, los formularios de medicamentos restringidos u otras disposiciones que restrinjan su acceso a servicios o artículos cubiertos; (3) una lista de los proveedores participantes del plan, sus direcciones y números de teléfono comerciales, su disponibilidad y cualquier limitación sobre su elección de proveedor; (4) notificación por adelantado de cualquier cambio en el plan de beneficios de salud que reduzca la

cobertura o aumente el costo para usted; y (5) una descripción de los procedimientos de queja y apelación disponibles en el plan de beneficios de salud y sus derechos con respecto a la finalización, cancelación de su inscripción, no renovación o cancelación de la cobertura. Si es miembro, comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros llamando al número gratuito que figura en su identificación para solicitar más información. Si aún no es miembro de Aetna, comuníquese con el administrador de su plan.

Kentucky

La legislación de Kentucky exige que Aetna brinde, previa inscripción y solicitud, la siguiente información: (1) un directorio actual de proveedores participantes con información sobre el acceso a proveedores de atención primaria y proveedores disponibles; (2) información general sobre el tipo de incentivos financieros entre proveedores participantes contratados, incluidos incentivos y bonificaciones; y (3) nuestros tiempos de espera habituales estándares para citas para atención urgente y de rutina. Además, a pedido, ofreceremos información sobre la red de proveedores, incluidas las afiliaciones de hospitales, y si un proveedor de la red en particular está certificado por la junta y si un proveedor actualmente acepta nuevos pacientes. Los miembros pueden comunicarse con el Departamento de Servicios para miembros al número gratuito que figura en su identificación para obtener más información. Las demás personas, deben comunicarse con su administrador de beneficios.

Carolina del Norte

Los procedimientos y los criterios médicos para determinar si un procedimiento, prueba o tratamiento específicos son experimentales están disponibles a pedido.

Rhode Island

Los miembros potenciales y existentes pueden acceder a la Guía de divulgación del consumidor de los planes de salud y al derecho del consumidor a saber en [aetna.com/individuals-families/member-rights-resources/rights/disclosure-information.html](https://www.aetna.com/individuals-families/member-rights-resources/rights/disclosure-information.html). O pueden llamar al **1-888-982-3862** para solicitar una copia en papel.

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

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

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

Si necesita este material traducido a otro idioma, llame al Departamento de Servicios para miembros al 1-866-565-1236.

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 a través de las siguientes vías:

Civil Rights Coordinator,

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

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

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

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

TTY: 711

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

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

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

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

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

T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo bááh ílínígóó koji' hólne' 1-888-982-3862 . (Navajo)

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

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

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

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

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

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

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

Mi dyi wudu-dù kà kò dọ bẹ dyi múuǹ nì Pídyi ní, nìí, dá nòbà nìà ke: 1-888-982-3862. (Kru-Bassa)

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

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

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

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

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

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