

Divulgación de información importante Nueva Jersey

Aetna Choice® POS

Aetna Open Access® HMO

Aetna Open Access® Managed Choice®

Health Network Only

Health Network Option

Open Choice® PPO

Índice

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

Divulgación de información importante Nueva Jersey

Aetna Choice® POS

Aetna Open Access® HMO

Aetna Open Access® Managed Choice®

Health Network Only

Health Network Option

Open Choice® PPO

Índice (cont.)

Derechos y responsabilidades del miembro	18
Conozca sus derechos como miembro	18
Encuestas independientes de satisfacción del consumidor	18
Red para dejar de fumar de Nueva Jersey y línea telefónica para dejar de fumar de Nueva Jersey.....	19
Tome decisiones médicas antes de su procedimiento	19
Conozca nuestros programas de administración de calidad.....	19
Protegemos su privacidad.....	19
Cualquier persona puede obtener atención médica	20
Sus derechos para inscribirse más adelante si decide no inscribirse ahora	20

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.

¿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. Aetna Student HealthSM es el nombre comercial de los productos y servicios proporcionados por Aetna Life Insurance Company y sus compañías afiliadas aplicables (Aetna). Los planes de seguro de salud estudiantil con cobertura total están suscritos por Aetna Life Insurance Company.

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 completamente asegurado 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.

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.

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: 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.

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 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)

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
- 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

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

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

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

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

¿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 parte superior de la página de inicio. Luego, siga los pasos en "¿Todavía no es miembro?" para buscar proveedores.

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

Certificación del consejo médico

El 77% de nuestros médicos participantes están certificados por el consejo. Si desea saber si un médico específico está certificado por el consejo o si actualmente está aceptando pacientes nuevos, llame al número del Departamento de Servicios para miembros que figura en su identificación. Incluso puede obtener indicaciones para llegar a la oficina en automóvil. Si no tiene acceso a Internet, llame al Departamento de Servicios para miembros para pedir esta información.

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**.

Tiempos de espera para las consultas

Nuestro tiempo de espera estándar habitual para las citas con PCP para atención urgente es dentro del mismo día o dentro de las 24 horas. La atención de rutina (no urgente) se divide en tres categorías: la atención preventiva es la expectativa de ser atendido dentro de las 8 semanas; la atención cuando se presentan síntomas, dentro de 3 días; y la atención de rutina, dentro de 7 días.

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 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 el deducible 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.

Cómo les pagamos a sus médicos

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. Si recibe servicios de un médico u otro proveedor de atención médica fuera de la red, deberá pagar todos los costos de los servicios.

Pagamos a los médicos que están en nuestra red con un descuento en el pago por servicio. Este es el monto que empleamos para determinar su parte en porcentaje si su plan incluye coseguro.

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. Pagamos a los médicos que están en nuestra red con un descuento en el pago por servicio. Este es el monto que empleamos para determinar su parte en porcentaje si su plan incluye coseguro. Cualquier cargo por un servicio o suministro proporcionado por un proveedor participante que exceda el cargo negociado de ese proveedor por ese servicio o suministro no será un gasto cubierto según el contrato grupal. En ningún caso se espera que usted o sus dependientes elegibles paguen dicho excedente del cargo. Será responsabilidad de Aetna y del proveedor participante resolver el monto que se considere excesivo.

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 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. Esta 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 cubre su plan los servicios fuera de la red en un hospital dentro de la red

Cuando lo internan en un hospital dentro de la red, si un médico fuera de la red brinda atención durante su internación, el costo de la atención de ese médico estará cubierto en el nivel de beneficios fuera de la red y sujeto a la aplicación copagos, coseguros y deducibles fuera de la red. Esto también se aplica a los análisis de laboratorio, los estudios de diagnóstico por imágenes y otros servicios proporcionados durante su estadía.

Si su plan incluye beneficios de medicamentos con receta

Aetna Pharmacy Management negocia descuentos de farmacias independientes, cadenas de farmacias y proveedores de pedidos por correo que participan en la red de Aetna. El cálculo de reembolso se realiza con base en el precio promedio al por mayor (AWP) menos un descuento negociado, más una tarifa de provisión. (No hay tarifa de provisión para proveedores de pedidos por correo). La tarifa de provisión es una tarifa contractual negociada entre Aetna Pharmacy Management y la farmacia de la red.

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.

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.

Llame al número que figura en su identificación de Aetna para comenzar el proceso. Debe obtener la certificación previa antes de recibir la atención.

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. Nuestras decisiones se basan completamente en la idoneidad de la atención y el servicio y la existencia de cobertura utilizando directrices y recursos reconocidos a nivel nacional. Podemos sugerir un tratamiento o un lugar de servicio diferentes que sean igual de efectivos pero que cuesten menos. Además, nos fijamos en si usted reúne los requisitos para uno de nuestros programas de administración de atención. Si es así, uno de nuestros enfermeros puede contactarlo.

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

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.

Información sobre beneficios específicos

Cobertura para hijos

Usted puede incluir hijos que no vivan con usted en el plan. No es necesario que el niño viva en la misma área de servicio que usted, pero debe seguir las mismas reglas del plan que usted. Por ejemplo, este es un plan solo de red. Su hijo debe consultar a médicos y acudir a hospitales para el área de servicio de la red donde vive.

Cobertura para dependientes hasta los 31 años

El límite de edad federal para hijos es 26 años. En Nueva Jersey, puede incluir hijos en su plan hasta los 31 años. Usted y su hijo deben cumplir con todos los demás requisitos de elegibilidad. Hable con su empleador o lea los documentos de su plan para obtener más información. También puede llamar al Departamento de Servicios para miembros al número que figura en su identificación de Aetna.

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

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

La atención de emergencia está cubierta en cualquier momento y en cualquier lugar del mundo

Si necesita atención de emergencia, siga estas pautas:

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

Usted cuenta con cobertura para atención de emergencia

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

En ocasiones, no puede elegir dónde ir para recibir atención, por ejemplo, si va a la sala de emergencias por un ataque cardíaco o un accidente automovilístico. Cuando necesite atención de inmediato, vaya a cualquier médico, clínica ambulatoria, centro de atención de urgencia o sala de emergencias. Cuando no tiene otra opción, 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 dentro 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.

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

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

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

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. Estamos agregando constantemente 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](https://www.aetna.com/docfind) y haga clic en 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.

Conozca lo que está cubierto

Puede evitar 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

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

El producto o servicio:

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

Solo 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 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 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](https://www.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](https://www.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.

Procedimientos de reclamación

Los médicos de la red presentan reclamaciones por usted. Si necesita presentar una reclamación, puede obtener el formulario en línea. Simplemente inicie sesión en el sitio web seguro para miembros en [aetna.com](https://www.aetna.com). 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, como la documentación que debe enviar con él.

Necesitará la factura detallada con su número de identificación de Aetna claramente visible en ella. Envíe todo a la dirección que figura en su identificación de Aetna. Pagamos las reclamaciones de acuerdo con la sección Procedimiento de pago de reclamación del Certificado de cobertura.

Tomaremos una decisión sobre su reclamación. Para reclamaciones de atención urgente y reclamaciones previas al servicio, le informaremos por correo nuestra decisión, ya sea si se paga o no. Para otros tipos de reclamaciones, es posible que solo le notifiquemos si tomamos una determinación adversa.

Las determinaciones adversas sobre beneficios son decisiones que tienen como consecuencia la denegación, reducción o finalización de un beneficio o el monto pagado por él. También significa una decisión de no proporcionar un beneficio o servicio. Las determinaciones adversas sobre beneficios pueden realizarse por uno o más de los siguientes motivos:

- El servicio o suministro no es médicamente necesario, es un procedimiento experimental o de investigación, o es para fines dentales o estéticos.
- El servicio o suministro no está cubierto por el plan. Un servicio o suministro no está cubierto si no está incluido en la lista de beneficios cubiertos.
- Está excluido de la cobertura.
- Usted ha alcanzado un límite de cobertura.
- Usted o sus dependientes no son elegibles para recibir cobertura del plan.

Solo un médico puede realizar una determinación adversa sobre beneficios.

Le avisaremos por escrito de acuerdo con los plazos que se muestran a continuación. En ciertas circunstancias, podemos extender estos plazos. El aviso explicará cómo puede apelar la determinación adversa sobre beneficios. Consulte la sección Reclamos y apelaciones para obtener más información sobre las apelaciones.

El siguiente cuadro resume información sobre cómo se manejan los diferentes tipos de reclamaciones.

Plazos de Aetna para notificarle que denegamos una reclamación	
Tipo de reclamación	Tiempo de respuesta de Aetna desde la recepción de la reclamación
Reclamación de atención de urgencia: una reclamación de atención médica o tratamiento en casos en los que una demora podría poner en grave peligro su vida o su salud, su capacidad para recuperar la función máxima; o podría someterlo a un dolor intenso que no pueda controlarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento solicitados.	Lo antes posible pero no después de 72 horas
Reclamación previa al servicio: una reclamación de un beneficio que requiere la aprobación del beneficio antes de obtener atención médica	Dentro de los 15 días calendario
Extensión de la reclamación para atención simultánea: una solicitud para extender un tratamiento que aprobamos previamente	Si es una reclamación de atención urgente, tan pronto como sea posible, pero no después de las 24 horas; de lo contrario, dentro de los 15 días calendario.
Reducción o finalización de reclamaciones de atención simultánea: decisión de reducir o terminar un tratamiento que ya aprobamos. No denegaremos la cobertura con base en la necesidad médica de los servicios previamente aprobados, a menos que la aprobación se basara en tergiversación material o información fraudulenta presentada por la persona o el proveedor cubierto.	Con aviso con suficiente antelación para permitir que el miembro apele
Reclamación posterior al servicio: una reclamación por un beneficio que no es una reclamación previa al servicio	Dentro de los 30 días calendario

Qué debe hacer si no está de acuerdo con nosotros

Reclamos, apelaciones y revisión externa

Tenemos procedimientos que puede seguir si no está satisfecho con una decisión que tomamos o con nuestras operaciones. El procedimiento depende del tipo de asunto o problema que tenga.

- **Apelación:** una apelación es una solicitud formal para que reconsideremos una determinación adversa sobre beneficios. El procedimiento de apelación tiene dos niveles.
- **Reclamo:** un reclamo es una expresión de insatisfacción sobre la calidad de la atención o nuestra operación. Este cuadro resume cómo gestionamos las apelaciones para diferentes tipos de reclamaciones.

Plazo de Aetna para responder a una apelación de determinación adversa sobre beneficios		
Tipo de reclamación	Tiempo de respuesta de Aetna desde la recepción de la apelación	
	Apelación de nivel 1	Apelación de nivel 2
Reclamación de atención de urgencia: una reclamación de atención médica o tratamiento en casos en los que una demora podría poner en grave peligro su vida o su salud, su capacidad para recuperar la función máxima; o podría someterlo a un dolor intenso que no pueda controlarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento solicitados.	Dentro de 36 horas Nuestra revisión será proporcionada por una persona que no haya participado en la determinación adversa sobre beneficios.	Dentro de 36 horas Revisión proporcionada por el Comité de Apelaciones de Aetna
Reclamación previa al servicio: una reclamación de un beneficio que requiere la aprobación antes de obtener atención médica	Dentro de 5 días hábiles Nuestra revisión será proporcionada por una persona que no haya participado en la determinación adversa sobre beneficios.	Dentro de los 15 días calendario Revisión proporcionada por el Comité de Apelaciones de Aetna
Extensión de la reclamación para atención simultánea: una solicitud para extender o una decisión para reducir un tratamiento previamente aprobado	Se gestiona como una reclamación de atención urgente o una reclamación anterior al servicio, según las circunstancias.	Se gestiona como una reclamación de atención urgente o una reclamación anterior al servicio, según las circunstancias.
Reclamación posterior al servicio: una reclamación por un beneficio que no es una reclamación previa al servicio	Dentro de 5 días hábiles Nuestra revisión será proporcionada por una persona que no haya participado en la determinación adversa sobre beneficios.	Dentro de 20 días hábiles Revisión proporcionada por el Comité de Apelaciones de Aetna

A. Reclamos

Si no está satisfecho con los servicios administrativos que recibe de nosotros o si desea presentar un reclamo acerca de un médico de la red, llame o escriba al Departamento de Servicios para miembros dentro de los 30 días calendario posteriores al incidente. Incluya una descripción detallada del asunto y copias de los registros o documentos que considere relevantes para el asunto. Revisaremos la información y le enviaremos una respuesta por escrito dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción del reclamo. La respuesta explicará lo que debe hacer para buscar una revisión adicional. Si necesitamos más información, nuestra revisión puede llevar más tiempo.

B. Apelaciones de determinaciones adversas sobre beneficios

Le enviaremos un aviso por escrito de una determinación adversa sobre beneficios. El aviso incluirá el motivo de la decisión y le explicará los pasos a seguir si desea apelar. El aviso también identificará sus derechos a recibir información adicional que pueda ser relevante para una apelación. Las solicitudes de apelación deben presentarse por escrito dentro de los 180 días calendario a partir de la fecha del aviso. Sin embargo, las apelaciones de nivel 1 también pueden solicitarse de forma oral.

Usted, o su médico en su nombre y con su consentimiento, pueden presentar una apelación si no está satisfecho con una determinación adversa sobre beneficios.

Ofrecemos dos niveles de apelación. Debe completar ambos niveles de revisión antes de presentar una apelación ante una organización independiente de revisión de utilización (IURO) o presentar una demanda contra nosotros, a menos que un daño grave o significativo haya ocurrido o sea inminente. Si decide apelar al segundo nivel, la solicitud debe hacerse por escrito dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de nuestro aviso de la apelación de nivel 1. Ese aviso explicará su derecho a presentar una apelación de nivel 2. Reconoceremos la apelación por escrito dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de una apelación de nivel 2.

- La revisión de apelación de nivel 1 será realizada por un médico que no haya sido el revisor original ni un subordinado del revisor original que realizó la determinación inicial adversa sobre beneficios.

- Para una apelación de nivel 2, realizaremos una revisión de especialidad igual o similar para apelaciones que involucren asuntos clínicos. El médico o profesional asesor será alguien que no haya participado en la determinación original.

Ofrecemos un proceso de apelación formal (nivel 2) si usted o su médico en su nombre y con su consentimiento no están satisfechos con los resultados de una apelación de nivel 1. Tendrá la oportunidad de presentar su apelación ante un panel de médicos y otros profesionales de salud que seleccionemos. El profesional no habrá participado en ninguna de las decisiones anteriores. Usted y su representante autorizado pueden asistir a la audiencia de apelación de nivel 2 e interrogar a los representantes de Aetna y presentar su caso.

C. Agotamiento del proceso

No está obligado a agotar las apelaciones internas antes de presentar un reclamo ante el Departamento de Banca y Seguros. La capacidad del Departamento de Banca y Seguros para investigar un reclamo tampoco estará limitada por ningún agotamiento.

En caso de que no cumplamos con alguno de los plazos para completar la apelación de nivel 1 o nivel 2, o si, por cualquier motivo, renunciamos expresamente a nuestros derechos a una revisión interna de cualquier apelación, usted y su médico pueden recurrir directamente al proceso de apelaciones externas de la siguiente manera.

D. Proceso de apelaciones internas

Si usted, o su médico en su nombre y con su consentimiento, no están satisfechos con el resultado del proceso de apelación de nivel 1 y nivel 2 mencionados anteriormente, puede presentar su apelación ante una organización independiente de revisión de utilización (IURO) como se describe a continuación.

A excepción de lo explicado en la sección C, su derecho a una apelación externa en función de lo establecido en esta sección depende de su total cumplimiento de ambas etapas de nuestros procesos de apelación de nivel 1 y nivel 2.

Dentro de los cuatro meses a partir de la recepción de la determinación por escrito del panel de apelación de nivel 2, usted o su médico en su nombre y con su consentimiento deben presentar una solicitud por escrito ante el Departamento de Banca y Seguros. Puede descargar una copia de la "Solicitud para el Programa de Apelaciones de Atención Médica Independiente" de www.state.nj.us/dobi/index.html.

O bien, puede llamar al Departamento de Servicios para miembros para que le enviemos por correo un formulario de solicitud. También deberá firmar una liberación general para todos los registros médicos pertinentes a la apelación. Envíe su apelación por correo a:

New Jersey Department of Banking and Insurance
Consumer Protection Services Office of Managed Care
Attn: IHCAP
PO Box 329
Trenton, NJ 08625-0329
Courier: 20 West State Street

Tendrá que pagar una tarifa de presentación de \$25 con cheque o giro postal al Departamento de Banca y Seguros. Si tiene problemas económicos, la tarifa puede reducirse a \$2. Puede demostrar dificultades económicas si también recibe asistencia farmacéutica para ancianos y discapacitados, Medicaid, NJ FamilyCare, General Assistance, ingresos del seguro social (SSI) o asistencia para personas desempleadas de Nueva Jersey.

Una vez recibida la apelación, realizada la liberación y pagada la tarifa correspondiente, el Departamento de Banca y Seguros asignará inmediatamente la apelación ante una IURO.

Al recibir la solicitud de apelación del Departamento de Banca y Seguros, la IURO llevará a cabo una revisión preliminar de la apelación y la aceptará para su procesamiento si determina lo siguiente:

- Que usted es o fue miembro de Aetna.
- Que el servicio objeto del reclamo o la apelación parece razonablemente ser un beneficio cubierto según el Certificado de cobertura.
- Que usted ha cumplido por completo con los procesos de apelación de nivel 1 y nivel 2.
- Que usted ha proporcionado toda la información requerida por la IURO y el Departamento de Banca y Seguros para realizar la determinación preliminar. Esa información incluye el formulario de apelación, una

copia de toda la información que proporcionamos con respecto a nuestra decisión de denegar, reducir o cancelar el beneficio cubierto, y una liberación completamente ejecutada para obtener cualquier registro médico necesario de nosotros y cualquier otro proveedor de atención médica relevante.

Una vez que la IURO finalice la revisión preliminar, inmediatamente les notificará a usted y a su médico por escrito si la apelación ha sido aceptada para su procesamiento y las razones si no fue aceptada.

Si la IURO acepta la apelación para su procesamiento, llevará a cabo una revisión exhaustiva para decidir si, como consecuencia de nuestra decisión, a usted se lo privó de beneficios cubiertos médicamente necesarios. La IURO habrá tomado en consideración:

- Todos los registros médicos pertinentes, informes de médicos asesores y otros documentos presentados por las partes
- Cualquier guía de práctica generalmente aceptada aplicable desarrollada por el gobierno federal y las sociedades médicas, juntas y asociaciones nacionales o profesionales
- Todos los protocolos clínicos y guías de práctica aplicables que hemos desarrollado

La revisión completa mencionada anteriormente será dirigida, al comienzo, por un enfermero profesional certificado o un médico con licencia para ejercer en Nueva Jersey. Cuando sea necesario, la IURO remitirá todos los casos para su revisión a un médico asesor de la misma especialidad o área de práctica que generalmente administraría el tipo de tratamiento que es el asunto de la apelación. Todas las recomendaciones finales de la IURO serán aprobadas por el director médico de la IURO.

La IURO completará su revisión y emitirá su decisión como recomendación tan pronto como sea posible de acuerdo con las exigencias médicas del caso. A excepción de lo dispuesto en este inciso, no excederá los 30 días hábiles desde la recepción de toda la documentación necesaria para completar la revisión. Sin embargo, la IURO puede extender su revisión por un período razonable según sea necesario debido a circunstancias fuera de su control. En tal caso, la IURO le enviará un aviso por escrito, al Departamento de Banca y Seguros y a Aetna antes de concluir su revisión preliminar. El aviso indicará el estado de la revisión y los motivos específicos de la demora.

Si la IURO determina que a usted se lo privó de los beneficios cubiertos médicamente necesarios, le recomendará a usted, a Aetna y al Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayores de Nueva Jersey los servicios de atención médica cubiertos adecuados que usted debe recibir.

Una vez finalizada la revisión, respetaremos la decisión de la IURO.

La tarifa de presentación se reembolsará a la persona cubierta o al proveedor de atención médica si la IURO revierte la determinación interna adversa sobre beneficios.

E. Conservación de registros

Conservaremos los registros de todos los reclamos y las apelaciones por un período de al menos 7 años.

F. Honorarios y costos

A excepción de lo establecido anteriormente en la sección D. para una apelación externa, nada de lo aquí contenido deberá ser interpretado como una exigencia para que paguemos honorarios de asesoramiento o cualquier otra tarifa o costo en el que usted incurra para presentar un reclamo o apelación.

G. Direcciones y números de teléfono

Para Aetna Health Inc.:
Aetna Complaints and Appeals
PO Box 14596
Lexington, KY 40512

Llame al número gratuito que aparece en su identificación de miembro. Si no tiene su identificación, llámenos al **1-888-872-3862** y un representante lo transferirá al área del Departamento de Servicios para miembros correcta.

Para el Departamento de Banca y Seguros de Nueva Jersey:
Office of Managed Care Consumer Protection Services
PO Box 329
Trenton, NJ 08625-0329

1-888-393-1062

Para Aetna Life Insurance Company:

Aetna Complaints and Appeals
151 Farmington Avenue
Hartford, CT 06156

También puede llamar al número gratuito que figura en su identificación.

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, incluida nuestra sección Derechos y responsabilidades del miembro.

A continuación, se mencionan solo algunos de sus derechos. También publicamos una lista de derechos y responsabilidades en nuestro sitio web. Visite 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.

Tiene derecho a lo siguiente:

- Servicios disponibles y accesibles cuando sean médicamente necesarios, incluida la disponibilidad de atención durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana para afecciones urgentes o de emergencia. En caso de afecciones de urgencia o emergencia, llame al 911 o acuda al centro de emergencias más cercano.
- Ser tratado con cortesía, consideración y respeto por su dignidad y necesidad de privacidad
- Recibir información sobre nuestras políticas y procedimientos para productos, servicios, proveedores de atención médica, apelaciones y otra información sobre nosotros y sobre la atención que recibe de sus médicos
- Elegir un médico de atención primaria dentro de los límites de los beneficios cubiertos y la disponibilidad e incluido como un profesional de la salud participante en la red del plan
- Una selección de especialistas entre médicos participantes de la red cuando recibe una remisión autorizada, sujeto a la disponibilidad del médico para aceptar nuevos pacientes
- Solicitar y recibir una lista de médicos participantes en la red de Aetna, junto con sus direcciones, números de teléfono y los idiomas que hablan
- Recibir asistencia y remisiones a médicos con experiencia en el tratamiento de pacientes con discapacidades crónicas

- Recibir de sus médicos, en términos que usted entienda, una explicación de su afección médica completa, el tratamiento recomendado, los riesgos del tratamiento, los resultados esperados y las alternativas médicas razonables, ya sean beneficios cubiertos o no. Si no puede comprender la información, su médico debe brindarle una explicación a su familiar más cercano o tutor y documentarlo en su registro médico.
- Pagar sus copagos, coseguros y deducibles como se describe en su plan, sin ninguna factura adicional de
- médicos dentro de la red por montos superiores al cargo reconocido del plan
- Elaborar y tener instrucciones anticipadas vigentes
- Todos los derechos otorgados por ley o reglamentación como paciente en un centro de atención médica autorizado, incluido el derecho a rechazar medicamentos y tratamiento después de haber recibido, en un lenguaje que usted entienda, una explicación sobre las posibles consecuencias de esta decisión
- Recibir una notificación inmediata sobre finalización o cambios en los beneficios, los servicios o la red de proveedores
- Presentar un reclamo o una apelación ante Aetna o el Departamento de Banca y Seguros (20 West State Street, 9th Floor, PO Box 329, Trenton, NJ 08625-0329, Teléfono principal: **1-609-292-5316**, Fax: **1-609-292-5865**) y para recibir una respuesta a esos reclamos dentro de un período razonable

Encuestas independientes de satisfacción del consumidor

Puede obtener los resultados de una encuesta independiente de satisfacción del consumidor y un análisis de los resultados de calidad de los servicios de atención médica de los planes de cuidado administrado en el estado de Nueva Jersey. Para obtener una copia de la guía, llame al **1-888-393-1062** o escriba al Departamento de Banca y Seguros de Nueva Jersey, PO Box 325, Trenton, NJ 08625-0325. Puede ver o descargar una copia del Informe de rendimiento de la HMO sin cargo desde el sitio web del Departamento: www.state.nj.us/dobi/index.html.

Red para dejar de fumar de Nueva Jersey y línea telefónica para dejar de fumar de Nueva Jersey

Los productos de tabaco representan una seria amenaza para la salud en Nueva Jersey y le cuestan a la industria del seguro de salud millones de dólares cada año. El Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayores de Nueva Jersey tiene dos servicios gratuitos que pueden ayudarlo a dejar el hábito del tabaco.

- Línea telefónica para dejar de fumar de Nueva Jersey: llame al **1-866-NJ-STOPS** o **1-866-657-8677** para obtener asesoramiento individualizado por teléfono y programas de remisión
- Red para dejar de fumar de Nueva Jersey: ingrese a **<http://njquitline.org/>** para obtener asistencia personalizada y remisiones en línea

Tome decisiones médicas antes de su procedimiento

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

Existen tres diferentes tipos de instrucciones anticipadas:

- 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.

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.

Conozca nuestros programas de administración de calidad

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

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
- 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.

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 found 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
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)

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

Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-888-982-3862. (Portuguese)

તમારે કોઈ જાતના ખર્ચ વિના ભાષાની સેવાઓની પહોંચ માટે, કોલ કરો 1-888-982-3862. (Gujarati)

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

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

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

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

(Tagalog)

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)

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

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

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)

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.