

The following documents were developed and intended for use as a complete enrollment package. By distributing, posting, printing, downloading, or viewing the enrollment package, you agree that the components may not be modified, omitted or used independently of one another. Your distribution, posting, printing, downloading, or viewing also memorializes your agreement that Aetna Inc. is not responsible for any miscommunication resulting from the separation of these documents.

---

Estos archivos fueron desarrollados y creados para su uso como un paquete de inscripción completo. Al distribuir, publicar, imprimir, descargar o consultar el paquete de inscripción, usted acuerda que los componentes no serán modificados, omitidos ni utilizados independientemente los unos de los otros. Su distribución, publicación, impresión, descarga o consulta también implica que está de acuerdo con que Aetna Inc. no asume responsabilidad por ninguna mala interpretación que resulte de la separación de estos documentos.

## Plan de seguro de beneficios limitados\* de Aetna Affordable Health Choices®

# Preguntas y respuestas

## Información de membresía que necesita saber

### ¿Cómo decido si este es el plan que me conviene?

Por favor lea la información en este paquete de inscripción, incluyendo el Resumen de Beneficios, que detalla los beneficios, limitaciones, características y exclusiones del plan. Considere el monto que pagará por las primas, como aparece en la Solicitud de inscripción o cambio, y compare este plan con cualquier otra opción de cobertura médica que pueda tener. Si tiene cualquier pregunta o necesita información adicional, por favor llámenos al número de teléfono sin cargo **1-800-213-3220**.

### ¿Cómo funcionan los límites de beneficios?

Limita lo que el plan pagará. Algunos beneficios tienen un límite en la cantidad de dólares y otros en el número de servicios, o ambos. El plan no pagará por un servicio o suministro una vez que haya llegado al límite, así sea en la cantidad de dólares o en el número de servicios para dicho servicio o suministro. Debido a que hay límites en lo que se paga por ciertos tipos de servicios o visitas, usted podría no estar cubierto para algunos servicios o visitas, incluso si no ha llegado a su máximo total. En su paquete de inscripción, su Resumen de Beneficios le explica estos límites, máximos y otras características de su plan, como copagos y deducibles. Por favor léalo detenidamente para entender lo que su plan pagará antes de inscribirse.

### ¿Quién puede inscribirse?

Todos los empleados de campo tienen derecho de inscribirse. Si usted es un empleado con derecho de inscribirse, también puede inscribir a sus dependientes elegibles (excepto en el plan de Incapacidad a corto plazo). Sus dependientes elegibles son su cónyuge legítimo y sus hijos desde su nacimiento hasta los 26 años de edad, hasta cualquier edad si son incapacitados y no pueden ganarse la vida, o hasta que ya no puedan ser declarados como dependientes legalmente. Los requisitos de edad y condición de dependiente pueden diferir de estado a estado.

### ¿Cuándo comienza la cobertura?

La cobertura es vigente el primer día del período de pago (lunes) después del período de pago en el que se hace una deducción, siempre y cuando usted sea elegible. Por ejemplo si se le hizo una deducción salarial del período de pago que termina el 2 de enero del 2011, la cobertura será vigente desde el 3 de enero al 9 de enero del 2011. La deducción aparecerá en el cheque fechado 7 de enero del 2010. Tenga en cuenta que deber haber tenido una deducción salarial para que la cobertura comience.

### ¿Cuándo reinician los límites y deducibles?

Los deducibles, montos máximos y límites anuales se suman a lo largo del año de cobertura y luego reinician en la fecha de aniversario de su año de cobertura el 2 de octubre.

### ¿Recibiré tarjetas de identificación?

Si selecciona la cobertura médica y/o dental recibirá tarjetas de identificación del miembro de plástico. Mientras recibe sus tarjetas de identificación de plástico, por favor use la tarjeta de identificación temporal del miembro de la parte inferior derecha. Esta tarjeta de identificación es válida una vez que se inscribe y comienza su cobertura.

### ¿Cómo presento un reclamo?

Puede obtener formularios de reclamo en [www.aetna.com/docfind/custom/aahc](http://www.aetna.com/docfind/custom/aahc), llamando al número de teléfono sin cargo de SRC **1-800-213-3220**, o escribiendo a Strategic Resource Company, Attn: Claims Department, P.O. Box 14079, Lexington, KY 40512-4079.

**La inscripción abierta comienza el 15 de noviembre y termina el 15 de diciembre de 2010.**



**¿Recién contratado? Tiene 60 días a partir de la fecha en su primer cheque salarial para inscribirse.**

**Si no se inscribe ahora, no podrá inscribirse hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que tenga un evento de vida permisible.**

## AVISO IMPORTANTE DE LA REFORMA SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA: OPORTUNIDAD DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL PARA DEPENDIENTES HASTA LOS 26 AÑOS DE EDAD

Las personas cuya cobertura terminó o que se les denegó cobertura (o no fueron elegibles para recibir cobertura), debido a que la disponibilidad de la cobertura de dependientes para niños terminó antes de cumplir los 26 años, son elegibles para inscribirse en el plan Aetna Affordable Health Choices. Las personas pueden solicitar la inscripción de dichos niños en el plazo de 30 días a partir de la fecha en que reciba este aviso. La inscripción será vigente con carácter retroactivo al primer día del primer año del plan que comience a partir del 23 de septiembre de 2010 o después. Para obtener más información comuníquese con SRC al **1-800-213-3220**.

Recorte su identificación temporal de miembro sobre las líneas entrecortadas.

	DOI	
MEDICAL/DENTAL PPO		An Aetna Company
EMPLOYBRIDGE COMPANY NO.: 352150		AETNA AFFORDABLE HEALTH CHOICES® PPO
		BIN# 610502 RX
EMPLOYEE NAME: _____	AND COVERED DEPENDENTS	
FOR MEMBER SERVICES CALL	1-888-772-9682	
	PAYOR NUMBER 57604 0039	

\* Excepto en NY, este plan es archivado como un plan principal médico que contiene un máximo anual de beneficios y un número de limitaciones y exclusiones de cobertura adicional.

Aetna Life Insurance Company

Nombre de la compañía <b>EmployBridge</b>	Número de grupo <b>352150</b>	Fecha de hoy (mm/dd/aaaa)
Nombre del miembro (apellido, primer nombre, inicial 2º nombre)	Número de teléfono de día del miembro	Número de Seguro Social del miembro

**El pago se aplicará a la brecha de cobertura más antigua en el plazo de los últimos 45 días a partir de la fecha del matasellos de su pago enviado por correo. Para averiguar las brechas de cobertura de su plan, por favor llámenos al número de teléfono sin cargo 1-800-213-3220.**

**Instrucciones:** Haga una copia de esta página. Llene el cupón de pago. Corte por la línea entrecortada. Envíe el cupón por correo con el monto total, pagadero a SRC/Aetna, a:

**SRC Missed Premiums  
P.O. Box 534739  
Atlanta, GA 30353-4739**

\_\_\_\_\_ X \$ \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_  
 Número de períodos Monto de la deducción Fecha de pago  
 de pagos pendientes por período de pago de la prima completa

**¿Qué pasa si no se hace una deducción del cheque salarial?**

Su cobertura no comenzará hasta que se haga su primera deducción del cheque salarial. Cada deducción del cheque salarial paga la cobertura por un período de planilla. Si no se hace una deducción del cheque salarial después de que comience su cobertura, no tendrá cobertura durante el tiempo correspondiente a dicha deducción del cheque salarial, a menos que pague la prima pendiente directamente a SRC.

**¿Será cancelado mi seguro si no pago la prima pendiente?**

Una vez que su cobertura ha comenzado, no será cancelada porque no pagó una prima pendiente. Sin embargo, no se pagará ningún reclamo por las pérdidas o gastos cubiertos que ocurran durante el período de pago por la prima pendiente.

**¿Cómo pago la prima pendiente?**

Para pagar con **cheque personal, cheque bancario, o giro postal**, haga el cheque pagadero a **SRC/Aetna** y envíelo con una copia completa del cupón de arriba a: SRC Missed Premiums, P.O. Box 534739, Atlanta, GA 30353-4739. Puede obtener más cupones de pago en **www.aetna.com/src**, o llamando al **1-800-213-3220**.

**¿Puedo escoger las primas pendientes que deseo pagar?**

No. Su pago de prima pendiente siempre se aplicará a la brecha de cobertura más antigua de los últimos 45 días (de la fecha del matasellos de su pago enviado por correo). No puede decidir cubrir una brecha más reciente si tiene una brecha más antigua dentro de los últimos 45 días de la fecha del matasellos de su pago. Para averiguar las brechas de cobertura de su plan, por favor llame al número de teléfono sin cargo **1-800-213-3220**, de lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.

**¿Cuánto tiempo tengo para pagar una prima pendiente?**

Puede pagar por una brecha de cobertura de hasta 45 días de antigüedad, desde la fecha del matasellos del pago enviado por correo.

**¿Puedo hacer un pago parcial de la prima pendiente?**

No. Debe hacer el pago completo de la prima pendiente que no se dedujo de su cheque salarial por toda su cobertura. No podemos aceptar pagos parciales.

**Si no soy elegible o si mi empleo termina, ¿puedo continuar la cobertura pagando las primas pendientes?**

No. Si su cobertura se cancela, no puede continuarla pagando las primas pendientes. Probablemente haya otra forma de continuar su cobertura, por ejemplo, la continuación de cobertura estatal o COBRA, si es elegible.

www.aetna.com/docfind/custom/aahc

**HEALTH CARE PROVIDER:** The person listed on the front of this card has been enrolled under a limited major medical plan sponsored by the employer listed on the front of this card. Covered members are entitled to benefits under the applicable plan, subject to exclusions and limitations. This card does not guarantee coverage. For verification of coverage, filing a claim or for questions other than the discount programs, contact us at the number printed on the front of this card or mail us at the address below.

**INSURED:** Network physicians, hospitals, and other health care providers are independent contractors and are neither agents nor employees of Aetna Life Insurance Company.

**EMERGENCY URGENT CARE:** Call your local emergency hotline (ex.911) or go to the nearest emergency facility. For AETNA VISION DISCOUNTS call 1-800-793-8616. For LASIK call 1-800-422-6600. For CONTACTS DIRECT call 1-800-391-5367.

Strategic Resource Company  
P.O. Box 14079  
Lexington, KY 40512-4079

**Aviso para todos los miembros sobre los servicios médicos:**

Su parte del pago por servicios médicos puede basarse en el acuerdo entre su plan médico y su proveedor. Bajo ciertas circunstancias, este acuerdo puede permitir que su proveedor le facture por el monto equivalente a los cargos de facturación normales del proveedor.

**¿Tiene más preguntas?**

Si necesita ayuda en cualquier idioma, llame sin cargo al **1-800-213-3220** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.

Los planes de seguro son suscritos por Aetna Life Insurance Company. Los planes son administrados por Strategic Resource Company (SRC). Aetna Affordable Health Choices® es una marca de servicio registrada de Aetna Inc. Los planes de seguro médico contienen exclusiones y limitaciones. Si bien se cree que la información dada en el presente documento es precisa a la fecha de producción; está sujeta a cambios. Para los residentes de Oklahoma únicamente, los formularios de póliza emitidos incluyen GR-9/GR-9N y GR-29/GR-29N.

12.03.356.2 EmployBrdg (09/10)



# Tome control de su salud

*Aetna Affordable Health Choices*<sup>®</sup>  
Plan de seguro de beneficios limitados\*

Cobertura económica  
Descuentos especiales  
Información y  
herramientas para  
ayudarlo a tomar  
decisiones saludables.

\*En todos los estados a excepción de NY, este plan se archiva como plan médico mayor que contiene un beneficio máximo anual y varias limitaciones y exclusiones adicionales de la cobertura.

Queremos que usted sepa<sup>®</sup>





La buena salud es importante para usted y

# ¡Tome la decisión

## Dicen que nada es más importante que la salud

Tienen razón. Y eso es lo que hace que el seguro médico sea una parte tan esencial de su vida. Es hora de tomar control de su salud y de sus necesidades de un seguro médico.

En Aetna, estamos para ayudarlo. Su empleador está ofreciéndole el plan de seguro de beneficios limitados *Aetna Affordable Health Choices*®. "Limitado" significa que el plan tiene un número específico limitado de visitas y otras restricciones sobre las mismas, servicios y/o montos en dólares cubiertos por el plan además del límite general en dólares de la póliza. Una vez que se llega a estos límites, el plan no pagará ningún otro costo del servicio en cuestión y usted correrá con los cargos o gastos impagos adicionales. Su Resumen de beneficios explica estas visitas y límites de servicio, el beneficio máximo anual general y otras características del plan sobre la participación del miembro en los costos, como los copagos y deducibles. Por favor léalo detenidamente para entender los límites de pago del plan antes de inscribirse.

## Tome control de su salud. ¡Inscríbase hoy mismo!

### Estamos para ayudarlo

Cuando se inscribe en el plan de seguro de beneficios limitados de *Aetna Affordable Health Choices*, obtiene muchas ventajas. Entre otras:

#### Es fácil de entender

Sí, el seguro puede ser simple. Nosotros nos comunicamos con usted en un lenguaje directo y le damos beneficios fáciles de entender. Si tiene preguntas, simplemente llámenos o visite nuestro sitio de Internet en [www.src-web.com](http://www.src-web.com).

#### Fácil de escoger

Lo guiaremos por el proceso paso por paso. La red de proveedores que pertenecen a la red (PPO) de Aetna le ofrece una amplia selección de médicos y hospitales.

#### Económico

Usted escoge las opciones disponibles del plan y sus primas se deducen de su cheque salarial. Como miembro de Aetna, también tiene derecho a recibir descuentos.\*\* Es otra forma de ayudarlo a mantener un estilo de vida saludable.

#### Fácil de administrar

Gracias a las herramientas de Internet fáciles de usar, usted puede obtener información valiosa sobre su salud y beneficios y ubicar rápidamente a los médicos que pertenecen a la red de Aetna en su área.

### Encuentre un médico. ¡DocFind lo hace fácil!

Con nuestro listado de proveedores en Internet *DocFind*®, puede buscar un médico por especialidad y ubicación. ¿Está buscando un pediatra cerca de casa? ¿O quizás a un médico afiliado a un hospital cercano? Toda la información la tenemos aquí, además de mapas e instrucciones para llegar al consultorio médico. *DocFind* incluso le permite hacer búsquedas en base al sexo del médico y los idiomas que habla. Simplemente visite [www.aetna.com/docfind/custom/aaahc](http://www.aetna.com/docfind/custom/aaahc).



Los planes de seguro están suscritos por Aetna Life Insurance Company.  
Los planes son administrados por Strategic Resource Company (SRC).

su familia.

# fácil hoy mismo!

## Cómo funciona

**Disfrutará visitar a un médico que pertenece a la red, pero también le gustará saber que la opción es suya.**

### **Visite a un médico de la red ... costos bajos y acceso sin dificultades**

Puede visitar a cualquier proveedor preferido sin necesidad de referencias médicas. Tendrá la confianza de saber que cualquiera que elija reúne nuestros estrictos requisitos de credenciales.

- Su plan puede incluir un deducible anual (el monto de dinero que usted debe pagar por los gastos elegibles durante cada año de cobertura antes de que su plan comience a pagar beneficios).
- Una vez que llegue a su deducible, pagará un porcentaje de los gastos restantes cubiertos. Para algunas visitas, servicios u otros cargos podría tener que abonar un copago (el monto inicial de la tarifa del proveedor médico que le corresponde pagar cada vez que incurre ciertos cargos cubiertos, normalmente se paga al momento en que se incurre los cargos).
- En promedio, disfrutará costos más bajos, ya que los médicos que pertenecen a la red han acordado ofrecer tarifas negociadas a los miembros de Aetna (generalmente más bajas que las tarifas normales de los médicos).
- Su médico de la red presentará los reclamos en su nombre.

### **Visite a cualquier médico ... la opción es suya**

Se trata de su libertad de escoger. Visite a cualquier médico o especialista con licencia para ejercer. No hay restricciones de red ni referencias. Probablemente tenga que:

- Llegar a un deducible anual (generalmente más alto que el deducible establecido para los servicios recibidos de un médico que pertenece a la red).
- Luego, pague un porcentaje de los gastos cubiertos restantes al momento del servicio. Este porcentaje puede ser más alto que el que pagaría por un proveedor preferido que pertenece a la red. En el caso de algunas visitas, servicios u otros cargos, podría tener que abonar un copago.
- Presentar sus propios reclamos.
- Pagar la diferencia entre el monto cubierto por su plan y el monto cobrado por su médico. Esto podría aumentar sus costos de bolsillo porque el médico no ha acordado cobrar las tarifas negociadas de Aetna.

**Quiero buena salud.  
Me gusta el plan.  
¡Quiero comenzar!**

## **¿Qué debo hacer ahora?**

- **Lea todos los materiales de su paquete de inscripción.**
- **Siga las instrucciones paso a paso e ¡inscríbese hoy mismo!**

### **Asistencia en otro idioma**

**Si necesita asistencia en cualquier idioma, por favor llame a Servicios al Miembro al 1-888-772-9682.**



Cobertura que necesita

Cobertura económica

¡Inscríbese hoy mismo!

## Descuentos y programas para ayudarlo a mantener un estilo de vida saludable

Su membresía médica incluye programas\* y descuentos\*\* especiales con una gran cantidad de características. Estos programas incluyen ahorros en productos y materiales informativos dirigidos a ciertas necesidades médicas. Éstas son sólo unas de las formas en que podemos ayudarlo a mantener un estilo de vida saludable:

### Programa de descuento para el control del peso

Usted y sus miembros familiares elegibles pueden ahorrar en programas para el control del peso y productos de una de las compañías de control del peso más grandes a nivel mundial: Jenny Craig®. Obtendrá un plan para bajar de peso prudente, consultas semanales independientes y descuentos en productos para bajar de peso que se adaptan a su estilo de vida.

### Programa de descuentos para la audición

Reciba un descuento\*\* en los exámenes y servicios de la audición con HearPO® en los

establecimientos participantes por todo el país.

### Descuentos para la salud oral

Ahorre en productos y servicios que mejoran la salud dental y general.

### Administración de farmacias de Aetna

Además de los descuentos de farmacia, ayudamos a proteger su salud dándole información para ayudarlo a controlar ciertas condiciones médicas.

### Programa Aetna Natural Products and Services<sup>SM</sup> (Productos y servicios naturales de Aetna)

Servicios profesionales\*\* ofrecidos a tarifas reducidas: desde profesionales de terapia, que incluyen acupunturistas, quiroprácticos, terapeutas de masajes y consejeros nutricionales.

Descuentos en productos relacionados con la salud\* incluyendo vitaminas de

venta libre, suplementos herbales y nutritivos y productos naturales.

### Programa para la salud física

Disfrute tarifas reducidas en membresías en los gimnasios participantes contratados con GlobalFit™ así como ahorros en equipos de ejercicios para el hogar.

### Descuentos de Aetna Vision<sup>6pt</sup>

Reciba descuentos\*\* en lentes, lentes de contacto, cirugía de los ojos LASIK y accesorios para el cuidado de la vista. Entre los centros ópticos participantes se encuentran Sears Optical®, LensCrafters®, Target Optical® y muchos establecimientos de Pearle Vision®.

Para informarse más sobre estos programas y descuentos, visite [www.aetna.com/docfind/custom/aaHC](http://www.aetna.com/docfind/custom/aaHC) o llame a Servicios al Miembro al número 1-888-772-9682.

\*Estos programas de descuento son programas de acceso a tarifas que pueden ser adicionales a los beneficios de cualquier plan. Los descuentos y otros programas similares para la salud ofrecidos no constituyen un seguro. Las características del programa no son garantizadas por el contrato del plan y pueden ser descontinuadas en cualquier momento. Los proveedores del programa son los únicos responsables de los productos y servicios ofrecidos. Aetna no endosa ningún proveedor, producto ni servicio asociado con estos programas. No es necesario ser miembro de un plan de Aetna para tener acceso a los proveedores que pertenecen al programa.

\*\*Los descuentos se aplican a las tarifas normales de servicio del proveedor (precios de venta). Estos programas de descuento no son beneficios asegurados, pero le dan acceso a los programas de descuento de Aetna Inc. y sus afiliadas.

Este material tiene sólo fines informativos. Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Aetna. La participación de un proveedor puede cambiar sin aviso. Aetna no proporciona atención médica ni garantiza acceso a servicios médicos. Los planes de seguro médico contienen exclusiones y limitaciones. Los programas de descuentos ofrecen acceso a precios reducidos y no son beneficios asegurados. No todos los servicios médicos están cubiertos. Consulte los documentos del plan para una descripción completa de los beneficios, exclusiones, limitaciones y condiciones de la cobertura. Las características y disponibilidad de un plan pueden variar por ubicación y están sujetos a cambio. Aetna recibe descuentos de los fabricantes de medicamentos que se pueden tomar en cuenta al determinar el Listado de medicamentos preferidos de Aetna. Estos descuentos no reducen el monto que el miembro pagará a la farmacia por los medicamentos cubiertos.

Los formularios de póliza emitidos en Oklahoma incluyen: GR-9/GR-9N, GR-29/GR-29N.



**RESUMEN DE BENEFICIOS**

**Plan de seguro de beneficios limitados de Aetna Affordable Health Choices®**

(Excepto en NY, este plan es archivado como un plan principal médico que contiene un máximo anual de beneficios y un número de limitaciones y exclusiones de cobertura adicional.)

**Los beneficios y el diseño de plan son provistos por Aetna Life Insurance Company (Aetna) y administrado por Strategic Resource Company (SRC).**

**A menos que se especifique lo contrario, todos los beneficios y limitaciones aplican a cada persona cubierta.** Cuando el beneficio se exprese en forma de porcentaje, el cargo más bajo entre el negociado y el reconocido se considerará como la base del pago.

**Dentro de este Resumen de Beneficios:**

- Médico
- Incapacidad a corto plazo (ICP)
- Indemnización de hospital
- Seguro de vida a plazo fijo y Muerte accidental
- Dental

**LEA DETENIDAMENTE ANTES DE DECIDIR SI ESTE PLAN ES EL QUE MÁS LE CONVIENE:**

- Este plan no pagará más del beneficio máximo general por año de cobertura.
- Este plan también limita cuánto pagará por diferentes servicios particulares, además del beneficio máximo general anual.
- Una vez que se llegue a cualquiera de estos límites, el plan no pagará más hacia el costo del servicio en cuestión, y sus proveedores médicos le facturarán por lo que el plan no pague. El tratamiento de muchas enfermedades cuesta más de lo que este plan cubrirá.
- Este Resumen de Beneficios describe los límites, el beneficio máximo general anual y otras características de los costos compartidos de su plan, como los copagos y deducibles. Consulte el plan para obtener más información.

**Si usted tiene una condición preexistente, este plan puede no pagar por la cobertura de esta condición durante y hasta los primeros 365 días de cobertura. Para obtener más información sobre las limitaciones de una condición preexistente, vea "Exclusiones y Limitaciones" en este resumen o consulte los documentos del plan.**

Aetna pagará beneficios sólo por los gastos incurridos mientras esta cobertura tenga vigencia y sólo para el tratamiento médicamente necesario para una lesión o enfermedad. La cobertura mostrada en el Resumen de Beneficios refleja ciertas disposiciones del estado en el que se escribió la póliza. Sin embargo, ciertas leyes federales u otras disposiciones del estado en el que vive y/o trabaja también podrían afectar cómo se paga esta cobertura.

**Límites de cobertura médica: Opción 1**

Lo máximo que este plan pagaría total por año de cobertura	\$5,000
Lo máximo que este plan pagaría por año de cobertura por:	
Cargos ambulatorios	\$750
Servicios hospitalarios que no sean cargos diarios por cuarto	\$750
Lo máximo que este plan pagaría de visitas de atención preventiva por año de cobertura	\$100
Lo máximo que este plan pagaría de medicamentos bajo receta por mes	\$50



**Límites de cobertura médica: Opción 2**

Lo máximo que este plan pagaría total por año de cobertura	\$10,000
Lo máximo que este plan pagaría por año de cobertura por:	
Cargos ambulatorios	\$1,000
Servicios hospitalarios que no sean cargos diarios por cuarto	\$1,000
Lo máximo que este plan pagaría de visitas de atención preventiva por año de cobertura	\$100
Lo máximo que este plan pagaría de medicamentos bajo receta por mes	\$50



La cobertura médica de beneficios limitados de grupo no está disponible si vive y trabaja en **New Hampshire**. Este plan de seguro limitado no cumple con las normas de cobertura comprobable mínima de **Massachusetts**.

Este seguro médico cree que este plan es un “plan médico con derechos adquiridos” bajo la Ley de Protección de Pacientes y Atención Económica (*Affordable Care Act*). Al ser un plan médico con derechos adquiridos, su plan no incluye ciertas protecciones al consumidor de la Ley de Atención Económica. Las preguntas sobre qué protecciones corresponden y qué protecciones no corresponden para un plan médico con derechos adquiridos y qué puede causar que un plan cambie su condición de plan médico con derechos adquiridos pueden dirigirse al administrador del plan al **1-888-772-9682**. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento del Trabajo de EE.UU. al **1-866-444-3272** o **www.dol.gov/ebsa**.

### Médico Opción 1

Características del Plan	Proveedor preferido (Dentro de la red. Los porcentajes se refieren al cargo negociado.)	Proveedor no preferido (Fuera de la red. Los porcentajes se refieren al cargo reconocido.)
<b>Beneficio máximo por año de cobertura</b> (No todos los cargos se pagan hasta el límite anual máximo. Revise detenidamente los siguientes límites.)	\$5,000	Igual que preferido
<b>Limitaciones de Otros Servicios Hospitalarios por año de cobertura</b> <i>Una vez que se llegue al límite, este beneficio no pagará muchos de los cargos facturados por el hospital. El plan continuará pagando los cargos de cuarto y comida, y los Servicios Profesionales Hospitalarios, hasta que se llegue al beneficio máximo por año de cobertura.</i>	\$750	Igual que preferido
<b>Límite de cargos ambulatorios por año de cobertura</b> <i>Una vez que se llegue al límite, este beneficio no pagará los cargos ambulatorios.</i>	\$750	Igual que preferido
<b>Deducible por año de cobertura</b>		
Individual	\$100	\$200
Familiar (cuando se llegue a 2 deducibles individuales)	\$200	\$400
<b>Porcentaje de los cargos restantes que usted paga</b> (se aplica a todos los gastos a menos que se indique lo contrario)		
Cargos de paciente internado	20%	40%
Cargos ambulatorios	20%	40%
<b>Visitas al consultorio médico</b>		
Copago/deducible por cada visita	Copago de \$15	Deducible de \$15 por visita
Porcentaje de los cargos restantes que usted paga (no corresponde el deducible anual)	Ninguno (el plan paga 100% hasta llegar al beneficio máximo)	20%



**Visitas preventivas**

Beneficio máximo por año de cobertura (no cuenta hacía ningún otro límite o máximo de beneficios)	\$100	Igual que preferido
Copago por cada visita	\$15	Ninguno
Porcentaje de los cargos restantes que usted paga (no corresponde el deducible anual)	Ninguno (el plan paga 100% hasta llegar al beneficio máximo)	20%

**Cobertura por cargos de medicamentos bajo receta**

**Proveedor preferido**

(Dentro de la red. Los porcentajes se refieren al cargo negociado.)

**Proveedor no preferido**

(Fuera de la red. Los porcentajes se refieren al cargo reconocido.)

Beneficio máximo por mes (Esto no cuenta hacía ningún otro límite o máximo de beneficios.)	\$50	Igual que preferido
Monto que usted paga por cada receta médica		
Medicamentos genéricos	Copago de \$10	20%
Medicamentos de marca	Copago de \$20	20%

Para usar su beneficio de farmacia en una farmacia preferida:

- A) Presente su tarjeta de identificación de *Aetna Affordable Health Choices*® al farmacéuta.
- B) Recibe un descuento en el punto de venta y abona el copago correspondiente (y cualquier saldo que exceda su beneficio máximo).

Para usar su beneficio de farmacia en una farmacia no preferida:

- A) Pague el monto completo que cobre la farmacia.
- B) Presente un formulario de reclamo a *Aetna Pharmacy Management* ([www.AetnaPharmacy.com](http://www.AetnaPharmacy.com)) para recibir el reembolso correspondiente.

Cuando usted obtiene una receta médica cubierta de una farmacia no preferida, usted paga el precio completo y debe enviar un formulario de reclamo para su reembolso. Cuando usted obtiene una receta médica cubierta de una farmacia preferida, usted paga el precio con descuento y no tiene que enviar un formulario de reclamo. Para encontrar una farmacia preferida, ingrese a [www.AetnaPharmacy.com](http://www.AetnaPharmacy.com).

Sólo se cubre recetas médicas, a excepción de las recetas dentales emitidas en relación al tratamiento de un accidente cubierto.

**Aviso sobre la Parte D de Medicare:** Este beneficio de farmacia no reúne los criterios de la cobertura de la Parte D de Medicare; no llega a ser equivalente al plan ofrecido bajo la Parte D de Medicare.



A veces el plan tratará el servicio de un proveedor no preferido como si fuese un proveedor preferido para el propósito de determinar su copago, coseguro y deducible. El plan hará esto cuando usted tiene una emergencia médica o no hay un proveedor preferido en su área. Sin embargo, usted permanecerá responsable por cualquier monto que el proveedor no preferido pueda facturarle por encima del cargo reconocido. Tome en cuenta que si viaja a un área que tiene un proveedor preferido y visita a un proveedor médico no preferido, usted no será elegible para recibir los beneficios de proveedor preferido.

Si recibe atención médica de emergencia de un proveedor no preferido, llámenos en el plazo de dos días laborales después de comenzar a recibir tratamiento. Servicios al Miembro está disponible de lunes a viernes entre 8 a.m. y 8 p.m., hora del Este, al **1-888-772-9682**.

Para averiguar si un proveedor está en la red de Aetna (un **proveedor preferido**), visite *DocFind* en el sitio de Internet **[www.aetna.com/docfind/custom/aahc](http://www.aetna.com/docfind/custom/aahc)**.



La cobertura médica de beneficios limitados de grupo no está disponible si vive y trabaja en **New Hampshire**. Este plan de seguro limitado no cumple con las normas de cobertura comprobable mínima de **Massachusetts**.

Este seguro médico cree que este plan es un “plan médico con derechos adquiridos” bajo la Ley de Protección de Pacientes y Atención Económica (*Affordable Care Act*). Al ser un plan médico con derechos adquiridos, su plan no incluye ciertas protecciones al consumidor de la Ley de Atención Económica. Las preguntas sobre qué protecciones corresponden y qué protecciones no corresponden para un plan médico con derechos adquiridos y qué puede causar que un plan cambie su condición de plan médico con derechos adquiridos pueden dirigirse al administrador del plan al **1-888-772-9682**. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento del Trabajo de EE.UU. al **1-866-444-3272** o **www.dol.gov/ebsa**.

## Médico Opción 2

Características del Plan	Proveedor preferido (Dentro de la red. Los porcentajes se refieren al cargo negociado.)	Proveedor no preferido (Fuera de la red. Los porcentajes se refieren al cargo reconocido.)
<b>Beneficio máximo por año de cobertura</b> (No todos los cargos se pagan hasta el límite anual máximo. Revise detenidamente los siguientes límites.)	\$10,000	Igual que preferido
<b>Limitaciones de Otros Servicios Hospitalarios por año de cobertura</b> <i>Una vez que se llegue al límite, este beneficio no pagará muchos de los cargos facturados por el hospital. El plan continuará pagando los cargos de cuarto y comida, y los Servicios Profesionales Hospitalarios, hasta que se llegue al beneficio máximo por año de cobertura.</i>	\$1,000	Igual que preferido
<b>Límite de cargos ambulatorios por año de cobertura</b> <i>Una vez que se llegue al límite, este beneficio no pagará los cargos ambulatorios.</i>	\$1,000	Igual que preferido
<b>Deducible por año de cobertura</b>		
Individual	\$100	\$200
Familiar (cuando se llegue a 2 deducibles individuales)	\$200	\$400
<b>Porcentaje de los cargos restantes que usted paga</b> (se aplica a todos los gastos a menos que se indique lo contrario)		
Cargos de paciente internado	20%	40%
Cargos ambulatorios	20%	40%
<b>Visitas al consultorio médico</b>		
Copago/deducible por cada visita	Copago de \$15	Deducible de \$15 por visita
Porcentaje de los cargos restantes que usted paga (no corresponde el deducible anual)	Ninguno (el plan paga 100% hasta llegar al beneficio máximo)	20%



**Visitas preventivas**

Beneficio máximo por año de cobertura (no cuenta hacía ningún otro límite o máximo de beneficios)	\$100	Igual que preferido
Copago por cada visita	\$15	Ninguno
Porcentaje de los cargos restantes que usted paga (no corresponde el deducible anual)	Ninguno (el plan paga 100% hasta llegar al beneficio máximo)	20%

**Cobertura por cargos de medicamentos bajo receta**

**Proveedor preferido**

(Dentro de la red. Los porcentajes se refieren al cargo negociado.)

**Proveedor no preferido**

(Fuera de la red. Los porcentajes se refieren al cargo reconocido.)

Beneficio máximo por mes (Esto no cuenta hacía ningún otro límite o máximo de beneficios.)	\$50	Igual que preferido
Monto que usted paga por cada receta médica		
Medicamentos genéricos	Copago de \$10	20%
Medicamentos de marca	Copago de \$20	20%

Para usar su beneficio de farmacia en una farmacia no preferida:

- A) Presente su tarjeta de identificación de *Aetna Affordable Health Choices*® al farmacéuta.
- B) Recibe un descuento en el punto de venta y abona el copago correspondiente (y cualquier saldo que exceda su beneficio máximo).

Para usar su beneficio de farmacia en una farmacia no preferida:

- A) Pague el monto completo que cobre la farmacia.
- B) Presente un formulario de reclamo a *Aetna Pharmacy Management* ([www.AetnaPharmacy.com](http://www.AetnaPharmacy.com)) para recibir el reembolso correspondiente.

Cuando usted obtiene una receta médica cubierta de una farmacia no preferida, usted paga el precio completo y debe enviar un formulario de reclamo para su reembolso. Cuando usted obtiene una receta médica cubierta de una farmacia preferida, usted paga el precio con descuento y no tiene que enviar un formulario de reclamo. Para encontrar una farmacia preferida, ingrese a [www.AetnaPharmacy.com](http://www.AetnaPharmacy.com).

Sólo se cubre recetas médicas, a excepción de las recetas dentales emitidas en relación al tratamiento de un accidente cubierto.

**Aviso sobre la Parte D de Medicare:** Este beneficio de farmacia no reúne los criterios de la cobertura de la Parte D de Medicare; no llega a ser equivalente al plan ofrecido bajo la Parte D de Medicare.



A veces el plan tratará el servicio de un proveedor no preferido como si fuese un proveedor preferido para el propósito de determinar su copago, coseguro y deducible. El plan hará esto cuando usted tiene una emergencia médica o no hay un proveedor preferido en su área. Sin embargo, usted permanecerá responsable por cualquier monto que el proveedor no preferido pueda facturarle por encima del cargo reconocido. Tome en cuenta que si viaja a un área que tiene un proveedor preferido y visita a un proveedor médico no preferido, usted no será elegible para recibir los beneficios de proveedor preferido.

Si recibe atención médica de emergencia de un proveedor no preferido, llámenos en el plazo de dos días laborales después de comenzar a recibir tratamiento. Servicios al Miembro está disponible de lunes a viernes entre 8 a.m. y 8 p.m., hora del Este, al **1-888-772-9682**.

Para averiguar si un proveedor está en la red de Aetna (un **proveedor preferido**), visite *DocFind* en el sitio de Internet [www.aetna.com/docfind/custom/aahc](http://www.aetna.com/docfind/custom/aahc).

### **Cuando se inscribe en la cobertura médica, también recibirá:**

#### **Descuentos\* para la vista de Aetna Vision<sup>SM</sup>**

Descuentos para la vista de *Aetna Vision<sup>SM</sup>*, utiliza la red nacional de *EyeMed Select* de proveedores de la vista que le ofrece a usted y a su familia lentes, lentes de contacto, lentes de sol sin medida, soluciones para lentes de contacto y otros accesorios para el cuidado de la vista a precios descontados. Asimismo, puede recibir descuentos en exámenes de la vista y cirugía de los ojos LASIK. Para exámenes de la vista y lentes, llame al número **1-800-793-8616**. Para lentes de contacto, llame al **1-800-391-5367**. Para servicio al cliente de LASIK, llame al **1-800-422-6600**. También puede ubicar un proveedor local visitando el sitio de Internet [www.aetna.com/docfind/custom/aahc](http://www.aetna.com/docfind/custom/aahc). Este arreglo de descuento puede no estar disponible en **Illinois**.

#### **Programa de descuento de farmacia\***

El programa de descuento de farmacia le da a usted y a su familia acceso a más de 59,000 farmacias a nivel nacional, incluyendo las cadenas de farmacias principales y farmacias independientes (Base de datos de farmacia de la red de Aetna, 20 de marzo de 2008). Para ubicar una farmacia que pertenece a la red, llame al **1-888-772-9682** o visite el sitio de Internet [www.aetna.com/docfind/custom/aahc](http://www.aetna.com/docfind/custom/aahc).

\*Los programas de descuento proporcionan acceso a tarifas reducidas y no son beneficios asegurados.



## Exclusiones y limitaciones médicas

Este plan no cubre todos los gastos médicos y tiene exclusiones y limitaciones. Los miembros deben consultar su folleto certificado para determinar qué servicios médicos están cubiertos y hasta qué punto. Ésta es una **lista parcial** de los servicios y suministros que generalmente *no están cubiertos*. **Sin embargo, su plan puede contener excepciones a esta lista de acuerdo con los mandatos estatales o con el diseño del plan comprado.**

### Limitación de condición médica preexistente:

Este plan impone una exclusión por condición preexistente. Esto significa que si tiene una condición médica antes de inscribirse en nuestro plan, probablemente tenga que esperar cierto período de tiempo antes de que el plan comience a cubrir dicha condición. Esta exclusión aplica sólo a las condiciones por las que se recomendó o recibió consejo, diagnóstico, atención o tratamiento médico en los 180 días previos a su inscripción en este plan. Generalmente, este período de 180 días termina el día anterior a que comience el período de espera del plan médico (por ejemplo, en su fecha de contratación). La exclusión por condición preexistente no aplica en el caso de embarazo o a menores de 19 años de edad, incluso un recién nacido o un niño que haya sido inscrito en el plan en el plazo de 30 días después de su nacimiento, adopción o colocación previa a la adopción.

Esta exclusión puede durar hasta 365 días desde el primer día de su período de espera. Sin embargo, usted puede reducir el período de esta exclusión por el número de días de su "cobertura comprobable" anterior. La mayoría de coberturas médicas anteriores son coberturas comprobables y pueden usarse para reducir el período de exclusión por condiciones preexistentes si no ha dejado de tener cobertura por más de 63 días. Para reducir el período de exclusión de 365 días con su cobertura comprobable, debe proporcionarnos una copia de cualquier certificado de cobertura comprobable que tenga. Si no tiene un certificado pero ha tenido cobertura médica anteriormente, lo ayudaremos a obtener un certificado de su plan o emisor anterior. También hay otras formas de demostrar que ha tenido cobertura comprobable. Por favor comuníquese con nosotros al **1-888-772-9682** si necesita ayuda para demostrar la cobertura comprobable.

### Exclusiones médicas:

- Todos los servicios médicos o de hospital no cubiertos específicamente en los documentos del plan o que están limitados o excluidos de los mismos.
- Cualquier cirugía de la vista principalmente para corregir errores refractivos.
- Cirugía estética, incluido reducción de senos.
- Cuidado de custodia.
- Atención dental y radiografías, a menos que sea médicamente necesario para reparar una lesión de la boca, mandíbula o diente como resultado de un accidente.
- Obtención de óvulos de donantes.
- Procedimientos experimentales y de investigación.
- Audífonos.
- Vacunas para viajes o trabajo.
- Servicios de infertilidad, incluyendo, sin limitaciones, la inseminación artificial y las tecnologías reproductivas avanzadas.
- Servicios o suministros no médicamente necesarios.
- Ortesis (soporte para el arco del pie).
- Medicamentos y suministros de venta libre.
- Inversión de la esterilización.
- Servicios para el tratamiento de la disfunción o ineptitud sexual, incluyendo terapia, suministros o consejería; y
- Enfermería especializada.
- El tratamiento de alcoholismo, abuso de drogas y trastornos mentales o del comportamiento (excepto cuando sea un mandato del estado).



**Otra cobertura disponible:**

**Indemnización de hospital**

**Beneficio de suma global**

\$1,000 por un confinamiento en el hospital como paciente internado por año de cobertura; y

**Beneficio diario**

\$100 al día de hasta 100 días de confinamiento en el hospital como paciente internado por año de cobertura.

Se aplica este beneficio si usted o un dependiente con cobertura está confinado en un hospital como paciente internado. La cobertura no está disponible si vive y trabaja en **New Hampshire**.

Este plan de seguro limitado no cumple con las normas de cobertura comprobable mínima de **Massachusetts**.

**Exclusiones y limitaciones del plan de indemnización de hospital:**

Este plan no cubre todos los gastos médicos y tiene exclusiones y limitaciones. Los miembros deben consultar su folleto certificado para determinar qué servicios médicos están cubiertos y hasta qué punto. Ésta es una **lista parcial** de los servicios y suministros que generalmente *no están cubiertos*. **Sin embargo, su plan puede contener excepciones a esta lista de acuerdo con los mandatos estatales o con el diseño del plan comprado.**

Las mismas limitaciones y exclusiones relativas a la cobertura médica y dental son aplicables al seguro de indemnización de hospital (si es ofrecido por el plan).



**Plan dental**

<b>Beneficio máximo por año de cobertura</b>	\$500
<b>Deducible por año de cobertura</b>	\$50
<b>Servicios preventivos</b> (incluye chequeos y limpiezas)	Usted es responsable de pagar hasta el 20% <sup>†</sup> de los <b>Cargos Reconocidos</b> . Estos servicios no tienen un período de espera.
<b>Servicios básicos</b> (incluye empastes, cirugía oral, así como la reparación de dentaduras, coronas y puentes)	Usted es responsable de pagar hasta el 40% <sup>†</sup> de los <b>Cargos Reconocidos</b> . Usted debe estar inscrito en el plan dental sin interrupción por 3 meses antes de que el plan comience a pagar por estos servicios.
<b>Servicios mayores</b> (incluye periodoncia y endodoncia, coronas, puentes y dentaduras)	Usted es responsable de pagar hasta el 50% <sup>†</sup> de los <b>Cargos Reconocidos</b> . Usted debe estar inscrito en el plan dental sin interrupción por 12 meses antes de que el plan comience a pagar por estos servicios.

<sup>†</sup> El porcentaje del costo del cual usted es responsable de pagar a un proveedor preferido se basa en el cargo negociado. Este porcentaje puede ser más bajo si visita a un dentista de la red PPO (de acuerdo al proveedor y su ubicación). El porcentaje del costo del cual usted es responsable de pagar a un proveedor no preferido se basa en el cargo reconocido. El proveedor no preferido puede exigir que usted pague más que el cargo reconocido, y este monto adicional sería su responsabilidad. La red PPO dental no está disponible en **Alabama, Arkansas, Idaho, Hawaii, Louisiana, Mississippi, New Mexico ni Puerto Rico**. Este plan de seguro limitado no cumple con las normas de cobertura comprobable mínima de **Massachusetts**. Para ubicar a un proveedor preferido, llame sin cargo al **1-888-772-9682** o visite [www.aetna.com/docfind/custom/aahc](http://www.aetna.com/docfind/custom/aahc).

**Exclusiones dentales:**

Este plan no cubre todos los gastos médicos y tiene exclusiones y limitaciones. Los miembros deben consultar su folleto certificado para determinar qué servicios médicos están cubiertos y hasta qué punto. Ésta es una **lista parcial** de los servicios y suministros que generalmente *no están cubiertos*. **Sin embargo, su plan puede contener excepciones a esta lista de acuerdo con los mandatos estatales o con el diseño del plan comprado.**

Los siguientes cargos no están cubiertos bajo el plan dental, y no serán cargos reconocidos para la satisfacción de cualquier monto de deducible.

- Procedimientos cosméticos a menos que sean necesarios como resultado de una lesión.
- Cualquier procedimiento, servicio o suministros incluidos como gastos médicos cubiertos bajo otro plan de beneficios de gastos médicos de grupo.
- Medicamentos recetados, premedicamentos, analgesia o anestesia general.
- Servicios provistos por cualquier tipo de estructura temporomandibular (TMJ) o estructuras relacionadas, o dolor miofacial.
- Los cargos que excedan el **Cargo Reconocido**, basado en el 80 por ciento de los cuadros de datos médicos de Investigación de Ingenix.



**Seguro de incapacidad a corto plazo**

<b>Período de beneficios</b>	Beneficios semanales hasta por 6 meses mientras está incapacitado.
<b>Monto del beneficio</b>	50% del pago básico recibido del empleador que patrocina este programa (incluye las propinas declaradas, pero no el sobretiempo) hasta un beneficio máximo de \$125 semanales.
<b>Período de espera</b>	Los beneficios comienzan después de 14 días (el plan paga inmediatamente si está hospitalizado).
Cobertura sólo para el empleado; la cobertura no está disponible si trabaja en <b>California, Hawaii, New Jersey, New York, Rhode Island y Puerto Rico.</b>	

**Exclusiones del seguro de incapacidad a corto plazo:**

Este plan no cubre todos los gastos médicos y tiene exclusiones y limitaciones. Los miembros deben consultar su folleto certificado para determinar qué servicios médicos están cubiertos y hasta qué punto. Ésta es una **lista parcial** de los servicios y suministros que generalmente *no están cubiertos*. **Sin embargo, su plan puede contener excepciones a esta lista de acuerdo con los mandatos estatales o con el diseño del plan comprado.**

- Intento de suicidio, si está cuerdo o no, o una lesión o enfermedad autoinfligida intencionadamente, a menos que sea originada por una condición médica.
- Comisión o intención de cometer un acto que se considera delito en la jurisdicción en que ocurrió el acto.
- Abuso de sustancias.
- Enfermedades o lesiones ocupacionales.



**Seguro de vida a plazo fijo y de muerte accidental**

<b>Beneficio de seguro de vida a plazo fijo del empleado</b>	\$20,000
<b>Beneficio de muerte accidental del empleado</b>	\$20,000
<b>Cobertura opcional de los dependientes</b>	\$2,500 por seguro de vida a plazo fijo para los dependientes de más de 6 meses de edad. \$500 para los niños desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad.

Los beneficios son pagados al beneficiario de su elección; los beneficios son descontados en un 50% cuando cumple los 70 años.

**Exclusiones del seguro de vida a plazo fijo:**

Este plan no cubre todos los gastos médicos y tiene exclusiones y limitaciones. Los miembros deben consultar su folleto certificado para determinar qué servicios médicos están cubiertos y hasta qué punto. Ésta es una **lista parcial** de los servicios y suministros que generalmente *no están cubiertos*. **Sin embargo, su plan puede contener excepciones a esta lista de acuerdo con los mandatos estatales o con el diseño del plan comprado.**

**Exclusiones del seguro de vida:**

- Suicidio o intento de suicidio (si está cuerdo o no).

**Exclusiones del beneficio de muerte accidental:**

- Uso de alcohol, bebidas alcohólicas o drogas, excepto si son recetadas por un médico.
- Suicidio o intento de suicidio (si está cuerdo o no).
- Lesiones autoinfligidas intencionadamente.
- Una enfermedad, tomaína o infección bacteriana excepto como el resultado directo de un accidente.
- Tratamiento médico o quirúrgico excepto como resultado directo de un accidente.
- La inhalación voluntaria de gases venenosos.
- La comisión o intento de cometer un acto criminal.

## Definición de términos

Un servicio o suministro es **médicamente necesario** si Aetna determina que es apropiado para el diagnóstico, atención médica o tratamiento de la enfermedad o lesión del caso. Vea los documentos del plan para obtener una definición completa.

El **copago** es un monto fijo que usted debe pagar por un servicio médico después que haya cumplido con cualquier deducible. En algunos casos, usted puede ser responsable de pagar el copago así como un porcentaje de los cargos restantes.

En muchos casos, el plan exige que se cumpla con un deducible antes que se pague un beneficio. Un **deducible** es el monto que usted debe pagar por gastos elegibles antes que el plan comience a pagar los beneficios. El deducible puede ser por servicio, por visita, por suministro o por año de cobertura. Se debe llegar a los deducibles preferidos y no preferidos (dentro y fuera de la red) por separado. Los gastos cubiertos dentro de la red no cuentan para el deducible fuera de la red, y los gastos cubiertos fuera de la red no cuentan para el deducible dentro de la red.

Una vez que se llegue al **deducible familiar** por año de cobertura, se considerará que todos los familiares han alcanzado su deducible. Usted habrá llegado al **deducible familiar** cuando dos familiares cubiertos hayan pagado sus deducibles por completo en un año de cobertura.

Los cargos hospitalarios son todos los cargos incurridos cuando usted es admitido como paciente en un hospital u otro centro hospitalario, incluyendo los cargos de cuarto y comida del hospital (tarifa de cuarto diario), Servicios Profesionales Hospitalarios y Otros Servicios Hospitalarios.

**Otros Servicios Hospitalarios** son cargos por ciertos servicios y suministros facturados por el hospital cuando usted ha sido admitido como paciente, aparte de aquellos cargos por cuarto y comida. Estos cargos pueden ser significativos y pueden incluir, pero no se limitan, a: farmacéuticos, dispositivos y suministros médicos y quirúrgicos; pruebas de laboratorio y radiografías; y gastos de sala de operaciones y cuarto de recuperación.

**Servicios Profesionales Hospitalarios** son cargos facturados por cirujanos, médicos, radiólogos, patólogos y anestesiólogos por servicios proporcionados durante una hospitalización.

**Cargos ambulatorios** son cargos facturados para los servicios y suministros proporcionados en el consultorio del médico, clínicas independientes y centros médicos ambulatorios. También incluye los cargos en hospitales cuando no es admitido como paciente hospitalizado, incluyendo los cargos a la sala de emergencia.

Un **cargo negociado** es el monto máximo que un proveedor preferido ha acordado cobrar por una visita, servicio, o suministro cubierto. Después de haber llegado a los límites de su plan, el proveedor puede exigir que usted pague el cargo completo en vez del cargo negociado.

Un **cargo reconocido** es el monto que Aetna reconoce como pagadero por el plan por una visita, servicio o suministro. Para los proveedores no preferidos (excepto paciente hospitalizados, centros médicos ambulatorios y farmacias), el **cargo reconocido** generalmente es igual al 80 percentil de lo que proveedores del área geográfica cobran por ese servicio, de acuerdo con la base de datos de MDR por Ingenix. Esto significa que el 80% de los cargos en la base de datos para el área geográfica son de esa cantidad o menos, y el 20% son más, para aquel servicio o suministro. Para los proveedores preferidos, el **cargo reconocido** es igual al **cargo negociado**. Un proveedor no preferido puede exigir que usted pague más que el **cargo reconocido**, y este monto adicional sería su responsabilidad.

El **porcentaje de los cargos restantes que usted paga** se refiere al porcentaje de los **cargos negociados** o **reconocidos** que usted paga después que haya cumplido con el deducible y/o copago, y después que haya llegado al máximo beneficio. Esto también es conocido como el coseguro del miembro. Un proveedor no preferido puede exigir que usted pague más que el **cargo reconocido**, y este monto adicional también sería su responsabilidad. Una vez que haya llegado al máximo beneficio correspondiente, usted será responsable por el 100% del saldo restante.



Las **visitas de cuidados preventivos** son aquellas visitas al médico para recibir servicios por razones ajenas al diagnóstico o tratamiento de una lesión o enfermedad. Algunos tipos de visitas para cuidados preventivos son exámenes físicos anuales, exámenes ginecológicos, visitas de bebé o niño de rutina, mamografías, ciertas pruebas de detección de cáncer y medida de la densidad de la masa ósea. Incluidos como parte de las visitas de cuidados preventivos están las radiografías, análisis de laboratorio y otras pruebas, y los materiales para la administración de inmunizaciones y pruebas de detección de la tuberculosis.

Su plan probablemente no ofrece un beneficio de visitas para cuidados preventivos. Por favor consulte el cuadro de beneficios de éste Resumen de Beneficios. Algunas leyes federales y estatales disponen ciertos exámenes preventivos que deben ser cubiertos por éste beneficio, u otorgados adicionalmente a ellos, si su plan lo ofrece. Si el plan no ofrece un beneficio de visita de cuidados preventivos (vea el cuadro de beneficios), estas disposiciones serán cubiertas por otros beneficios de su plan. Consulte los documentos del plan para obtener más información.

## Preguntas y respuestas

### ¿Cómo funcionan los límites de beneficios?

Limita lo que el plan pagará. Algunos beneficios tienen un límite en los montos de dólares y otros en el número de servicios, o ambos. El plan no pagará por un servicio o suministro una vez que usted haya llegado al límite del monto de dólares o el número de servicios para aquel servicio o suministro. Debido a que existen límites en lo que se paga para ciertos tipos de servicios o visitas, es posible que usted no cuente con la cobertura de algunos servicios o visitas, aunque no haya llegado a su beneficio máximo general. **Antes de inscribirse en el plan, lea el cuadro de beneficios en las páginas anteriores detenidamente para entender estos límites y considere los efectos que puedan tener.**

### ¿El plan pagará siempre hasta el límite de beneficios máximo por año de cobertura?

No. Lo que el plan pague dependerá del tipo y de la suma de la atención médica que usted reciba. Algunos tipos de cargos pueden tener límites que se alcanzan antes de que el beneficio máximo general al que pertenecen se alcance. Esto significa que es posible que el plan deje de pagar ciertos tipos de cargos que usted siga teniendo, aunque no se haya alcanzado el beneficio máximo general. Por favor lea el cuadro de beneficios en las páginas anteriores detenidamente para comprender qué tipos de cargos pueden limitarse antes de que se alcancen dichos beneficios máximos globales.

### ¿Cómo se diferencia este plan de seguro de beneficios limitados de un plan médico tradicional principal?

Existen importantes diferencias en lo que el plan pagará y los costos de la prima. Ambos tipos de los planes cubren muchos tipos de servicios y suministros. Sin embargo, este plan de seguro de beneficios limitados tiene un beneficio máximo más bajo y pone un límite en lo que pagará por categorías de servicios o suministros. Una vez que haya agotado los máximos o límites generales sobre beneficios específicos, el plan dejará de pagar. Asimismo, a diferencia de la mayoría de los planes médicos principales, este plan de seguro de beneficios limitados no tiene cobertura catastrófica ni un límite de sus gastos de bolsillo. Esto significa que usted puede tener costos de bolsillo considerables si tiene una condición médica grave o crónica. Debido a que los planes médicos principales tradicionales proporcionan más cobertura, cuestan más.

### ¿Cuánto pagaré por adelantado cuando voy a un proveedor médico?

Un médico, hospital u otro proveedor médico preferido puede exigirle que pague los cargos por los cuales usted es responsable por adelantado. Esto podría incluir su copago, deducible, porcentaje de los cargos que el plan no paga (coseguro), cargos por servicios excluidos bajo el plan, y cargos en exceso de sus límites de cobertura. Un proveedor no preferido puede exigirle que pague todos los cargos por adelantado, y usted tendrá que presentar un reclamo de reembolso por cualquier cargo que el plan podría pagar.



### ¿Cuáles son mis derechos de parto?

Bajo la ley *Newborns' and Mothers' Health Protection Act* (NMHPA), (ley de protección médica de los recién nacidos y las madres) su plan dispone que su estadía en el hospital será para los primeros 48 horas después de un parto vaginal (o 96 horas después de una cesárea), como sea **médicamente necesario**. Los máximos de beneficios, límites y deducibles general determinarán cuánto pagará el plan. El estado en el que vive, trabaja o en el que se suscribió su plan puede disponer derechos adicionales en relación al parto. Consulte los documentos del plan.

### ¿Cuáles son los derechos de obtener cirugía reconstructiva después de una mastectomía?

Bajo la ley *Women's Health and Cancer Rights Act* (ley de derechos de la salud de la mujer y el cáncer), su plan considerará de ser **médicamente necesario** la reconstrucción del mismo seno, o la reconstrucción del otro seno para lograr simetría, prótesis y tratamiento de complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía incluyendo linfedema. El máximo beneficio, límites y deducibles general de su plan determinarán cuánto pagará el plan. El estado en el que vive, trabaja o en el que se suscribió su plan puede disponer derechos adicionales en relación a la mastectomía. Consulte los documentos del plan.

### ¿Qué debo hacer si no comprendo algo de lo que leí aquí, o tengo dudas?

Por favor, llámenos. Queremos que usted comprenda estos beneficios antes de decidir inscribirse. Puede comunicarse con uno de nuestros representantes de Servicio al Cliente de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este, al número de teléfono sin cargo **1-888-772-9682**. Estamos disponibles para responder sus preguntas antes y después de su inscripción.

**ESTE PLAN DE BENEFICIOS MÉDICO LIMITADO NO OFRECE COBERTURA MÉDICA COMPLETA. ES UNA PÓLIZA DE BENEFICIOS BÁSICA O LIMITADA Y NO TIENE EL PROPÓSITO DE CUBRIR TODOS LOS GASTOS MÉDICOS. ESTE PLAN NO HA SIDO DISEÑADO PARA CUBRIR LOS COSTOS DE ENFERMEDADES GRAVES O CRÓNICAS. CONTIENE LÍMITES ESPECÍFICOS EN EL LÍMITE DE DÓLARES QUE SE PAGARÁN POR SERVICIOS MÉDICOS, QUE NO PUEDE SER EXCEDIDO. SI EL COSTO DE SERVICIOS SUPERA DICHOS LÍMITES, EL BENEFICIARIO, Y NO EL ASEGURADOR, SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO DEL MONTO EN EXCESO. LOS LÍMITES DE MONTOS EN DÓLARES ESPECÍFICOS ESTÁN DESCRITOS EN ÉSTE RESUMEN DE BENEFICIOS.**

ATENCIÓN RESIDENTES DE MASSACHUSETTS: A partir del 1 de enero de 2009, la Ley de Reforma de la Atención Médica de Massachusetts requiere que los residentes de Massachusetts de dieciocho (18) años o más, deben tener una cobertura médica que reúna las normas de cobertura comprobable mínima definidas por el Conector de Seguro Médico del Commonwealth, a menos que sea exonerado del requisito de seguro médico de acuerdo con asequibilidad económica o indigencia. Para obtener más información, llame al Conector al 1-877-MA-ENROLL (1-877-623-6765) o visite el sitio de Internet del Conector en ([www.mahealthconnector.org](http://www.mahealthconnector.org)). ESTE PLAN MÉDICO, EN SÍ, NO REÚNE LAS NORMAS DE COBERTURA COMPROBABLE MÍNIMA. Si tiene preguntas sobre este aviso, puede comunicarse con la División de Seguros al número 617-521-7794 o a través del sitio de Internet [www.mass.gov/doi](http://www.mass.gov/doi).

Este material tiene sólo fines informativos y no constituye un contrato. Los planes de seguro contienen exclusiones y limitaciones. Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Aetna. La participación de un proveedor puede cambiar sin aviso. Aetna no proporciona atención médica y por lo tanto no puede garantizar acceso a servicios médicos. No todos los servicios médicos están cubiertos. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, limitaciones y condiciones de cobertura. Las características del plan y disponibilidad pueden variar por ubicación. Aetna recibe descuentos de los fabricantes de medicamentos que se pueden tomar en cuenta al determinar el Listado de medicamentos preferidos de Aetna. Los descuentos no reducen la cantidad que el miembro paga por medicamentos cubiertos en la farmacia. Los programas de descuento proporcionan acceso a tarifas descontadas y no son beneficios asegurados. Si bien se cree que la información dada en el presente documento es precisa a la fecha de producción; está sujeta a cambios.

**Los planes de seguro están suscritos por Aetna Life Insurance Company. Los planes están administrados por Strategic Resource Company (SRC).** *Aetna Affordable Health Choices*® es una marca de servicio registrada de Aetna Inc.

Para los residentes de OK, los formularios de póliza emitidos incluyen GR-9/GR-9N y GR-29/GR-29N.



# Cómo hacer cambios

Usted puede realizar cambios en su inscripción en cualquier momento hasta el final del su periodo de inscripción, siguiendo las instrucciones para inscripción al principio de esta guía.

**Si su período de inscripción finalizó,** usted tal vez necesite un Evento de vida permisible para realizar cambios. Usted debe hacer los cambios dentro de los 30 días del Evento de vida permisible.

- Usted necesitará un Evento de vida permisible para agregar o aumentar cobertura.
- Usted puede cancelar o reducir cualquier cobertura a cualquier momento sin un Evento de vida permisible. Sin embargo, si usted cancela la cobertura médica o dental para usted o un dependiente debido a un Evento de vida permisible, es importante que informe a Servicios al Miembro al **1-800-213-3220** sobre el Evento de vida permisible para tener la oportunidad de inscribirse en la continuación de cobertura.

Para una lista de Eventos de vida permisible, por favor vea el dorso de su Solicitud de inscripción o cambio o llame al **1-800-213-3220**.

## Realice cambios completando una Solicitud de inscripción o cambio.

Luego siga las instrucciones de abajo para **realizar cambios, por Internet o por teléfono**, utilizando la información que escribió en el formulario. **Usted no necesita entregar este formulario a su empleador.**

### Para hacer cambios en Internet:

- A ▶** Vaya a **www.aetna.com/src**.
- B ▶** Haga clic en **Log In**, lo cual lo llevará a la página de acceso a cuenta.
- C ▶** Seleccione **Log In** en el menú. Ingrese el nombre de usuario y contraseña.  
Nombre de usuario: **352150**  
Contraseña: **0233**
- D ▶** Seleccione **Enrollment** en el panel de la izquierda. Luego siga las instrucciones de Internet para hacer los cambios.
- E ▶** Después de hacer sus cambios, imprima una copia de la página de confirmación para sus registros. Su número de confirmación es la prueba que sus cambios son acertados. **No le entregue nada a su empleador.**

### Para hacer cambios por teléfono:

- A ▶** Llame al **1-800-213-3220** para hacer cambios. Siga las instrucciones que escucha por teléfono. Su código de acceso es **0233**.
- B ▶** Preste atención a su número de confirmación al final de su llamada. Escríbalo aquí: \_\_\_\_\_  
Usted no ha terminado de inscribirse hasta haber recibido un número de confirmación. Si usted inscribe a su(s) dependiente(s) o elige cobertura de seguro de vida a plazo fijo, por favor manténgase en la línea para proporcionar la información necesaria de su(s) dependiente(s) y/o beneficiario al representante de Servicio al Cliente, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este. Si se está inscribiendo fuera de estas horas, por favor vuelva a llamar más tarde para dar su información.
- C ▶** Guarde su Solicitud de inscripción o cambio completada y ésta guía de inscripción en sus registros. **No le entregue nada a su empleador.**

Los planes de seguro están suscritos por Aetna Life Insurance Company. Los planes son administrados por Strategic Resource Company. Aetna Affordable Health Choices® es una marca de servicio registrada de Aetna Inc. Si bien se cree que la información dada en el presente documento es precisa a la fecha de producción; está sujeta a cambios. Sólo para los residentes de Oklahoma, los formularios de póliza emitidos incluyen GR-9/GR-9N y GR-29/GR-29N.

12.03.357.2 EmployBrdg (09/10)





**Aetna Affordable Health Choices®**  
**Solicitud de Inscripción o Cambio**

EmployBridge  
352150

Los planes de seguros son suscritos por Aetna Life Insurance Company y son administrados por Strategic Resource Company (SRC, una compañía de Aetna).

**Instrucciones:** Lea y complete esta Solicitud de Inscripción o Cambio (todas las páginas).

**SI NO ESTÁ CAMBIANDO SU COBERTURA ACTUAL, NO NECESITA COMPLETAR ESTA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN O CAMBIO.**

**INFORMACIÓN SOBRE USTED** Llene toda la información.

Escriba su nombre en letra de imprenta (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dirección residencial	Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono de casa ( ) ( )	Número de teléfono del trabajo ( ) ( )	Dirección de e-mail	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Idioma principal

**ACCIÓN QUE DESEA TOMAR** Marque la casilla de al lado de la acción que desea tomar.

<b>No estoy actualmente inscrito y deseo...</b>	<input type="checkbox"/> <b>Inscribirme</b> en las coberturas seleccionadas abajo. <input type="checkbox"/> <b>Declinar</b> esta oportunidad de participar.
<b>Estoy actualmente inscrito y deseo...</b>	<input type="checkbox"/> <b>Cambiar</b> mis selecciones de cobertura actual (agregar, aumentar, cancelar, reducir) según las selecciones de abajo. Todas mis otras opciones de cobertura permanecerán igual que antes. <i>(Si está fuera del período de inscripción abierta, vea "Cambios fuera del período de inscripción abierta.")</i> <input type="checkbox"/> <b>Poner al día</b> mi información personal, de dependiente y/o de beneficiario. <input type="checkbox"/> <b>Cancelar</b> mi opción de cobertura actual.

Sus deducciones salariales serán descontadas después de impuestos.

**SUS OPCIONES DE COBERTURA** Marque () la casilla para el nivel de cobertura que desea.

Tipo de cobertura	Nivel de cobertura	Costo semanal
<b>Médico</b> <i>Solo puede inscribirse en una opción médica.</i>	<input type="checkbox"/> No al seguro médico	
	<b>Opción 1</b>	
	<input type="checkbox"/> Sólo usted.....	\$ 17.60
	<input type="checkbox"/> Usted y familia.....	\$ 51.82
	<b>Opción 2</b>	
	<input type="checkbox"/> Sólo usted.....	\$ 23.43
	<input type="checkbox"/> Usted y familia.....	\$ 69.01
	<b>La cobertura médica de beneficios limitados de grupo no está disponible si vive y trabaja en New Hampshire.</b>	
<b>Indemnización de hospital</b>	<input type="checkbox"/> No a la Indemnización de hospital	
	<input type="checkbox"/> Sólo usted.....	\$ 3.45
	<input type="checkbox"/> Usted y familia.....	\$ 8.65
	<b>La cobertura no está disponible si vive y trabaja en New Hampshire.</b>	
<b>Seguro dental</b>	<input type="checkbox"/> No al seguro dental	
	<input type="checkbox"/> Sólo usted.....	\$ 4.45
	<input type="checkbox"/> Usted y familia.....	\$ 12.75
<b>Incapacidad a corto plazo</b>	<input type="checkbox"/> No a la Incapacidad a corto plazo	
	<input type="checkbox"/> Sólo usted.....	\$ 3.50
	<b>La cobertura no está disponible si trabaja en California, Hawaii, New Jersey, New York, Rhode Island y Puerto Rico.</b>	
<b>Seguro de vida a plazo fijo</b>  <i>Por favor nombre a su beneficiario.</i>	<input type="checkbox"/> No al Seguro de vida a plazo fijo	
	<input type="checkbox"/> Sólo usted.....	\$ 1.54
	<input type="checkbox"/> Usted y familia.....	\$ 1.88
	Beneficiario _____ Parentesco: _____ Número de Seguro Social _____	

**SU AUTORIZACIÓN** Debe firmar y fechar esta Solicitud de Inscripción o Cambio para todos los cambios nuevos de inscripción o cobertura.

Represento que toda la información suministrada en ésta Solicitud de Inscripción o Cambio es verdadera y completa según mi mejor saber y entender. He leído y estoy de acuerdo con las Condiciones de Inscripción de la parte de atrás de ésta Solicitud de Inscripción o Cambio.

Su firma	Fecha de hoy (MM/DD/AAAA)
----------	---------------------------

**INFORMACIÓN DE GRUPO DEL EMPLEADOR** Esta sección debe llenarla el empleador.

Identificación de empleado	Fecha de contratación (MM/DD/AAAA)	Tipo de pago	Deducción total (\$)	Fecha de vigencia (MM/DD/AAAA)
Código del centro o ubicación	Firma autorizada	Puesto	Fecha de hoy (MM/DD/AAAA)	

**INFORMACIÓN SOBRE USTED** Repita su nombre y número de Seguro Social aquí.

Escriba su nombre en letra de imprenta (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Número de Seguro Social

**INFORMACIÓN PARA SUS DEPENDIENTES** Indique los dependientes cuya cobertura está agregando, cambiando o retirando.

Si tiene más dependientes, escriba la información correspondiente en una hoja suelta y adjúntela a esta Solicitud de Inscripción o Cambio.

La cobertura para una pareja está disponible sólo a través de la compra por separado por su empleador.

<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Retirar	Escriba en letra de imprenta el nombre del dependiente (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Número de Seguro Social	
	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino / <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Inscrito en: <input type="checkbox"/> Seguro médico / <input type="checkbox"/> Indemnización de hospital <input type="checkbox"/> Seguro dental / <input type="checkbox"/> Seguro de vida a plazo fijo	
	Parentesco: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____			
	Dirección (si difiere de la suya)	Ciudad	Estado	Código postal
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Retirar	Escriba en letra de imprenta el nombre del dependiente (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Número de Seguro Social	
	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino / <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Inscrito en: <input type="checkbox"/> Seguro médico / <input type="checkbox"/> Indemnización de hospital <input type="checkbox"/> Seguro dental / <input type="checkbox"/> Seguro de vida a plazo fijo	
	Parentesco: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____			
	Dirección (si difiere de la suya)	Ciudad	Estado	Código postal
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Cambiar <input type="checkbox"/> Retirar	Escriba en letra de imprenta el nombre del dependiente (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		Número de Seguro Social	
	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino / <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento	Inscrito en: <input type="checkbox"/> Seguro médico / <input type="checkbox"/> Indemnización de hospital <input type="checkbox"/> Seguro dental / <input type="checkbox"/> Seguro de vida a plazo fijo	
	Parentesco: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____			
	Dirección (si difiere de la suya)	Ciudad	Estado	Código postal

**CAMBIOS FUERA DEL PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA** Por favor lea abajo para ver si puede cambiar su cobertura.

Puede agregar o aumentar su cobertura durante el año del plan solo si tiene un **Evento de Vida Permisible**. Si sus deducciones se hacen después de la deducción de impuestos, puede cancelar o reducir su cobertura en cualquier momento. Los Eventos de Vida Permisibles corresponden a una de estas dos categorías:

**Pérdida de Otra Cobertura (POC):** Si usted previamente declinó cobertura médica debido a que usted o sus dependientes contaban con cobertura bajo otro plan médico y han perdido esa cobertura, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse. Si ha tenido una pérdida de otra cobertura reciente, vea la lista de la derecha y marque la casilla de al lado de su POC e indique la fecha de la POC.

**Cambios en Estado Familiar (CEF):** Si actualmente está inscrito o previamente declinó cobertura, es posible que pueda agregar o aumentar su cobertura cuando experimente ciertos eventos de CEF. Si ha tenido un cambio en estado familiar reciente, vaya a la lista de la derecha y marque la casilla de al lado de su CEF e indique la fecha del CEF.

**Pérdida de Otra Cobertura (POC):**

- Divorcio, separación legal o muerte
- Cese de empleo de su dependiente
- Reducción de las horas de trabajo de su dependiente
- Terminación de los derechos de COBRA de usted o sus dependientes
- Pérdida de la contribución del empleador a la cobertura de su cónyuge
- Pérdida de la elegibilidad como dependiente de su dependiente
- Otra pérdida de cobertura

**Cambios en Estado Familiar (CEF):**

- Divorcio, separación legal o muerte
- Matrimonio
- Nacimiento o adopción de un dependiente
- Otro

Fecha de la POC o del CEF (mm/dd/aaaa)

## CONDICIONES DE INSCRIPCIÓN Reconocimientos y declaraciones del solicitante

En mi nombre y en nombre de los dependientes enumerados en esta Solicitud de Inscripción o Cambio, estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Reconozco que al inscribirme en un plan de Aetna, la cobertura es suscrita o administrada por Aetna Life Insurance Company (en adelante, "Aetna") 151 Farmington Avenue, Hartford, CT 06156 y administrado por Strategic Resource Company (SRC, una compañía de Aetna), 221 Dawson Road, Columbia, SC 29223.
2. Autorizo que se efectúe deducciones de mis ingresos para el pago de las contribuciones necesarias para recibir cobertura y estoy de acuerdo con hacer todos los pagos necesarios para recibir cobertura.
3. **Para las coberturas de vida e incapacidad:** Entiendo que la fecha de vigencia del seguro para mí y para cualquiera de mis dependientes, si corresponde, está sujeta a mi condición de empleado activo en dicha fecha y que dicha fecha de vigencia del seguro para cualquiera de mis dependientes también está sujeta a los requisitos de condición médica de dependientes del plan de beneficios. Entiendo que si no firmo este formulario en el plazo de 30 días de la fecha de vigencia o elegibilidad o que si por cualquier razón Aetna no recibe notificación de la Solicitud de Inscripción o Cambio dentro de un período razonable posterior a la fecha en que obtuve el derecho de inscripción o cambio de cobertura, mi elegibilidad y la de mis dependientes, si corresponde, podría verse afectada. Asimismo, entiendo que cualquier seguro sujeto a la obtención de evidencia de buena salud o información médica, cobrará vigencia cuando Aetna otorgue su consentimiento por escrito.
4. Entiendo y estoy de acuerdo con que esta Solicitud de Inscripción o Cambio puede ser transmitida a Aetna o su apoderado por mi empleador o su apoderado. Autorizo a cualquier médico, otro profesional de la salud, hospital o cualquier otra organización médica ("Proveedores") a suministrar a Aetna o su apoderado información relativa a la historia, servicios o tratamientos médicos provistos a cualquiera de las personas enumeradas en esta Solicitud de Inscripción o Cambio, incluyendo aquellos relativos a la salud mental, abuso de sustancias tóxicas y VIH o SIDA. Asimismo, autorizo a Aetna a utilizar dicha información y divulgarla a sus afiliados, proveedores, pagadores, otros aseguradores, administradores externos, distribuidores, consultores y autoridades gubernamentales con jurisdicción cuando sea necesario para mi cuidado o tratamiento, el pago por servicios, la operación de mi plan médico o para llevar a cabo actividades relacionadas. He hablado de los términos de esta autorización con mi cónyuge y dependientes mayores de edad competentes y he obtenido su consentimiento a dichos términos. Entiendo que esta autorización ha sido provista de acuerdo con las leyes del estado y que no corresponde a la "autorización" como se entiende de acuerdo con la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos. Esta autorización será válida durante el término de la cobertura y posteriormente siempre y cuando la ley lo permita. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización a solicitud y que una fotocopia será tan válida como el documento original.
5. Los documentos del plan determinarán los derechos y responsabilidades de los miembros y regirán en caso de conflicto con cualquier comparación o resumen de beneficios, o con cualquier otra descripción del plan.
6. Entiendo y estoy de acuerdo con que, a excepción del servicio de entrega de medicamentos a domicilio *Aetna Rx Home Delivery*®, todos los proveedores y distribuidores que pertenecen a la red son contratistas independientes y no son ni agentes ni empleados de Aetna. Aetna Rx Home Delivery, LLC, es una subsidiaria de Aetna Inc. La disponibilidad de cualquier proveedor en particular no puede ser garantizada y la composición de la red de proveedores está sujeta a cambios. Dichos cambios serán notificados de acuerdo con la ley estatal aplicable.
7. **Información falsa:**  
Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

# Información importante para el consumidor

## Para los planes *Aetna Affordable Health Choices*<sup>®</sup>

### Plan de beneficios médicos

El plan de beneficios médicos que usted tenga será determinado por el patrocinador de su plan y suscrito por Aetna Life Insurance Company, 151 Farmington Avenue, Hartford, CT, 06156. El Folleto-certificado que le será proporcionado próximamente contendrá los beneficios y puntos principales de la Póliza de Grupo para las personas cubiertas bajo su plan de beneficios médicos.

### Participación del miembro en los costos

Usted es responsable de todo copago, coseguro y deducible para los servicios que están cubiertos. Dichas obligaciones se pagan directamente al proveedor o centro médico en el momento de la prestación del servicio. Las sumas de copago, coseguro y deducible están enumerados en su resumen de beneficios y documentos del plan.

### Cómo Aetna remunera a su proveedor médico

Todos los médicos son médicos de práctica independiente y no son empleados ni tienen contrato exclusivo con Aetna. Los médicos pertenecen a la red a través de un contrato directo con Aetna\* y/o su afiliación a un grupo u organización que tenga contrato con nosotros.

Se remunera a los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red de varias formas para los servicios cubiertos bajo su plan:

- Por servicio o caso particular (tarifa por servicio, según las tarifas convenidas).
- Por día de hospital (tarifas convenidas por día).

### Última voluntad médica

La última voluntad médica es un documento legal en el que define sus deseos relativos a su atención médica. Puede ayudar a los médicos y familiares a determinar su tratamiento médico si por alguna razón usted no puede tomar sus propias decisiones sólo.

Existen tres ejemplos de la última voluntad médica:

- Testamento en vida: indica el tipo y la cantidad de atención médica que desea recibir.

- Poder duradero: designa a alguien de su confianza para que tome las decisiones médicas en su nombre.
- Orden de no resucitar: indica que no desea recibir resucitación cardiopulmonar (RCP) si su corazón deja de latir o si deja de respirar.

Usted puede crear una última voluntad médica de varias formas:

- Obtener una última voluntad médica de un profesional de la salud. Ciertas leyes exigen que los centros médicos que reciben fondos de *Medicare* y *Medicaid* pregunten a todos los pacientes al momento de ser hospitalizados si tienen una última voluntad médica. No necesita tener una para recibir atención médica, pero la ley nos exige darle la oportunidad de crear una.
- Pida un formulario de última voluntad médica en las oficinas estatales o legales del envejecimiento, colegios de abogados, programas de servicios legales o en el departamento de salud local.
- Coordine con un abogado para desarrollar su última voluntad médica.
- Cree una última voluntad médica usando software de computadora diseñado para este propósito.

La última voluntad médica y Orden de no resucitar. Academia Americana de Médicos de Familia, Marzo de 2005 (Disponible en <http://familydoctor.org/003.xml?printxml>)

### Atención después de horas hábiles

Usted puede llamar al consultorio del médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si tiene preguntas o inquietudes médicas. También puede considerar visitar a un centro de atención médica urgente que pertenezca a la red.

### Datos de seguridad disponibles del proveedor médico de la salud del comportamiento

Para obtener información sobre nuestros datos de seguridad de la red de proveedores médicos del comportamiento, por favor visite el sitio de Internet

\* Aetna es la marca utilizada para los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna.

[www.aetna.com](http://www.aetna.com) y revise los enlaces sobre calidad y seguridad del paciente publicados:  
<http://www.aetna.com/docfind/quality.html#jcaho>.  
Usted puede seleccionar el enlace de verificación de la calidad relativo a los informes de seguridad de nuestros proveedores.

## **Pago de reclamos para proveedores que no pertenecen a la red y uso del "software" de reclamos de reembolso**

Si su plan incluye cobertura de los servicios obtenidos fuera de la red y usted obtiene cobertura bajo esta parte del plan, debe estar al tanto de que Aetna generalmente determina el pago de los proveedores que no pertenecen a la red consultando (i) los datos comercialmente disponibles que reflejan el monto normalmente pagado a la mayoría de proveedores por determinado servicio en el área geográfica, o (ii) otros acuerdos contractuales. Si no hay datos disponibles en el mercado, es posible que se base la determinación en los datos propios de Aetna u otras fuentes. También es posible que Aetna utilice programas de computación (incluyendo *ClaimCheck*®) y otras herramientas para tener en cuenta distintos factores, como son la complejidad, cantidad de tiempo y la manera de facturar. Usted podrá ser responsable por el pago de todo monto que Aetna determine que no está cubierto bajo su plan.

## **Revisión de la tecnología**

Aetna revisa las nuevas tecnologías médicas, procedimientos de la salud del comportamiento, productos farmacéuticos y dispositivos para determinar cuáles serán cubiertos por nuestros planes. Incluso investigamos los usos novedosos de las tecnologías existentes para ver si tienen potencial. Para revisar estas innovaciones, nosotros:

- Estudiamos la investigación médica y evidencia científica sobre la seguridad y eficacia de las tecnologías médicas.
- Consideramos las declaraciones de posición y normas de la práctica clínica de grupos médicos y gubernamentales, incluyendo la agencia federal para la investigación y calidad médica.
- Obtenemos las opiniones de los especialistas y expertos en la tecnología.
- Determinamos si las tecnologías son experimentales o de investigación.

Puede informarse más sobre las nuevas pruebas y tratamientos en nuestros Boletines de políticas clínicas. Puede encontrar los boletines en [www.aetna.com](http://www.aetna.com), bajo el menú "Members and Consumers" (miembros y consumidores).

## **Medicamento necesario**

"Medicamento necesario" significa que el servicio o suministro es proporcionado por un médico u otro proveedor médico con criterio prudente clínico con el propósito de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión o sus síntomas, y que el proporcionar dicho servicio o suministro:

- Es clínicamente apropiado de acuerdo con **las normas de aceptación general en la práctica de la medicina** en lo que se refiere a frecuencia, grado, lugar y duración;
- Es considerado eficaz de acuerdo con **las normas de aceptación general en la práctica de la medicina** para la enfermedad o lesión; y
- No es principalmente para conveniencia del miembro, o para la conveniencia del médico u otro proveedor médico; y
- No es más costoso que un servicio alternativo o secuencia de servicios alternativos que, por lo menos, produzcan resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalentes en lo que se refiere al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión.

Para estos propósitos, "**normas de aceptación general en la práctica de la medicina**" significa normas que se basan en evidencia científica creíble publicada en publicaciones con revisión de expertos médicos reconocidas por la comunidad médica relevante. En ausencia de ésta evidencia científica creíble, las determinaciones de si un servicio o suministro es compatible con las "**normas de aceptación general en la práctica de la medicina**" será consistente con las recomendaciones de la sociedad de la especialidad médica o, de lo contrario, se basará en las opiniones de médicos que practiquen en áreas clínicas relevantes y en todo otro factor relevante.

## **Boletines de la política clínica**

Los boletines de la política clínica de Aetna describen las decisiones de Aetna en su política con relación a si ciertos servicios o suministros son médicamente necesarios, basados en una revisión de información clínica disponible en el momento. Las decisiones clínicas sobre decisiones de cobertura individual se toman caso por caso de acuerdo con las políticas aplicables.

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

Mientras que los boletines de la política clínica de Aetna son creados para prestar asistencia en la administración del plan médico, los mismos no constituyen una descripción de los beneficios del plan. Cada plan médico define qué servicios están cubiertos, cuáles están excluidos y cuáles están sujetos a límites en dólares u otros tipos de límites. Usted y sus proveedores necesitan consultar al plan médico para determinar si existen exclusiones u otras limitaciones de beneficios aplicables al servicio o suministro.

## **Presentación de una queja o apelación**

Aetna se empeña en resolver sus problemas de cobertura, quejas e inquietudes. Si usted tiene un problema de cobertura o cualquier otro problema, llame a Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación. Si Servicios al Miembro no logra resolver su problema de forma satisfactoria, será derivado al departamento correspondiente para su resolución.

Si usted no está satisfecho con el resultado de su contacto inicial, puede presentar una apelación. Se tomará una decisión con relación a su apelación de acuerdo con los procedimientos aplicables a su plan y a las leyes estatales aplicables. Consulte los documentos de su plan para obtener más información sobre los procedimientos de apelación para su plan.

## **Información sobre las decisiones de cobertura**

A veces recibimos reclamos de reembolso por servicios que no están cubiertos por nuestro plan médico o que no están incluidos en los términos de su plan. Puede ser un poco confuso, incluso para sus médicos. Nuestro trabajo es tomar decisiones de cobertura de acuerdo con su plan de beneficios específico. Si un reclamo es denegado, le enviaremos una carta informándolo. Si no está de acuerdo, puede presentar una apelación. Para presentar una apelación, siga las instrucciones de la carta que explica que su reclamo fue denegado. Nuestras decisiones de las apelaciones se basarán en las disposiciones de su plan y de cualquier documento estatal y federal que apliquen a su plan. Consulte los documentos de su plan para informarse más sobre los procedimientos de apelación para su plan.

## **Revisión externa**

Aetna ha desarrollado un proceso de revisión externa para brindarle la oportunidad de solicitar una revisión externa de determinadas denegaciones de cobertura de forma objetiva y pronta. Una vez agotado el proceso de apelación correspondiente, usted podrá optar por la revisión externa de la decisión si la denegación de cobertura por la que usted sería responsable supera los \$500\* y se basa en la ausencia de necesidad médica o en la naturaleza experimental o de investigación del servicio o suministro

propuesto. Las normas pueden variar por estado si existe un proceso de revisión externa mandado por el estado que se aplique a su plan.

Una organización de revisión externa remitirá el caso para la revisión de un médico independiente con experiencia adecuada en el área en cuestión. Una vez presentada toda la información necesaria, en general, se decidirá la revisión externa dentro de los 30 días calendarios de la solicitud.

Existe un procedimiento de revisión acelerada cuando su médico certifique que una demora en la prestación del servicio perjudicaría su salud. Una vez finalizada la revisión, el plan cumplirá con la decisión del revisor externo. Aetna pagará por el costo de la revisión (excepto donde la ley estatal requiera que usted pague una tasa judicial como parte del mandato estatal del programa).

Ciertos estados exigen la revisión externa de los problemas con los beneficios o servicios adicionales; algunos podrán requerir el pago de una tasa de inicio de trámite. Además, ciertos estados exigen el uso de su propio proceso de revisión externa para las decisiones relacionadas con la necesidad médica y la cobertura experimental/de investigación. Para información más detallada sobre el proceso de apelación de su plan y la disponibilidad del proceso de revisión externa, llame a Servicios al Miembro al número sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación. Podrá obtener un formulario de solicitud de revisión externa de Servicios al Miembro. Usted también puede llamar al departamento estatal de seguros o de salud o, consultar su sitio de Internet para obtener información adicional con relación a los procedimientos de revisión externa exigida por el estado.

## **Derechos y responsabilidades del miembro**

Usted tiene derecho de recibir una copia de nuestra declaración de los Derechos y responsabilidades del miembro. Usted puede obtener esta información en Internet en [www.aetna.com/about/MemberRights/](http://www.aetna.com/about/MemberRights/). También puede obtener una copia impresa llamando a Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

## **Servicios al Miembro**

Para solicitar información adicional relativo a los beneficios, copagos u otros costos, obtener información sobre como presentar un reclamo, una queja o apelación, o cualquier otra pregunta, puede comunicarse con Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación.

## **Intérprete/personas con impedimentos auditivos**

Si requiere la asistencia de un representante de SRC, llámenos en horario de oficina al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación. Nuestros representantes pueden:

- Responder preguntas sobre beneficios.
- Encontrar servicios médicos fuera de su área.
- Informarle sobre cómo presentar quejas y apelaciones.
- Comunicarlo con los servicios de la salud del comportamiento (si están incluidos en su plan).
- Encontrar información médica específica.

*Línea directa multilingüe: 1-888-982-3862*

*(Tenemos 140 idiomas disponibles.)*

*Debe pedir un intérprete.)*

*TDD 1-800-628-3323 (sólo para personas con impedimentos auditivos)*

## **Programa para el mantenimiento de la calidad**

Llame a Aetna para informarse sobre los esfuerzos de calidad específicos que tenemos implementados en su área local. Pida a Servicios al Miembro el número de teléfono de la oficina para el Mantenimiento de la calidad de su región. Si desea información sobre el Programa para el mantenimiento de la calidad de la salud del comportamiento de Aetna, pida a Servicios al Miembro el número de teléfono de la Oficina para el Mantenimiento de la Calidad de su Centro de Mantenimiento de la Salud.

## **Aviso de privacidad**

Aetna considera que la información personal es confidencial y cuenta con políticas y procedimientos para protegerlo contra el uso y la divulgación ilegal. "Información personal" se refiere a la información del miembro relacionada con su salud o condición médica, física o mental, la prestación de atención médica y el pago por estas prestaciones. La información personal no incluye información pública o información disponible o proporcionada de manera resumida o acumulada y que no lo identifique a usted.

Cuando es necesario o apropiado para el cuidado o tratamiento del miembro, la operación de nuestros planes médicos, o para llevar a cabo otras tareas pertinentes, usamos la información personal internamente, la compartimos con nuestras afiliadas y la revelamos a los proveedores médicos (médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros proveedores de salud), pagadores (organizaciones de proveedores de salud, empleados que patrocinan planes médicos autofinanciados o que comparten la responsabilidad del pago de beneficios, y

otros que puedan ser económicamente responsables por el pago de servicios o beneficios que usted reciba bajo el plan), otras aseguradoras, terceros administradores, proveedores de suministros, consultores, autoridades gubernamentales, y sus agentes respectivos. Dichas partes deben mantener la confidencialidad de la información personal, según lo disponga la ley aplicable. Se exige a los proveedores de la red que brinden acceso al miembro a sus registros médicos dentro de un plazo razonable a partir de su solicitud.

Algunas de las maneras en que se utiliza la información personal incluyen el pago de reclamos de reembolso, revisión de utilización y manejo, revisiones de necesidad médica, coordinación de cuidado y beneficios, atención médica preventiva, detección temprana, manejo de casos y enfermedades, evaluación de calidad y actividades de mejora, actividades de auditoría y contra el fraude, medición del desempeño profesional y evaluación de resultados, análisis e informes de reclamos de reembolso de atención médica, investigación sobre servicios médicos, gestión de datos y sistemas de información, cumplimiento de exigencias legales y reguladoras, gestión del listado, procesos de litigación, transferencia de pólizas o contratos de y a otras aseguradoras, HMOs y administradores externos terceros, actividades de suscripción y actividades de diligencia debida en conexión con la compra o venta de parte o toda nuestra empresa. Consideramos que estas actividades son claves para la operación de nuestros planes médicos. Dentro de lo que permite la ley, utilizamos y divulgamos la información personal según se dispone más arriba sin el consentimiento del miembro. Sin embargo, reconocemos que muchos miembros no desean recibir materiales de "marketing" no solicitados que no tengan relación con sus beneficios médicos. No divulgamos la información personal para los fines de "marketing" sin el consentimiento del miembro. También tenemos políticas para cuando usted está impedido de dar su consentimiento.

Para obtener una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, el que describe con más detalles nuestras prácticas con relación al uso y a la divulgación de información personal, por favor escriba a Strategic Resource Company (SRC), Post Office Box 14079, Lexington, KY 40512-4079.

Usted también puede visitar nuestro sitio de Internet en [www.aetna.com/docfind/custom/aaahc/](http://www.aetna.com/docfind/custom/aaahc/). Usted puede ir directamente al Aviso de prácticas de privacidad seleccionando el enlace "Privacy Notices" (prácticas de privacidad) que aparece en la parte inferior de la página y seleccionar el enlace que corresponde a su plan específico.

# Variaciones por estado

En algunos estados, Aetna ofrece información importante al consumidor adicional en los documentos que se encuentran en nuestro sitio de Internet en [www.aetna.com/docfind/custom/aahc/](http://www.aetna.com/docfind/custom/aahc/).

## Georgia

Los miembros pueden llamar al 1-888-772-9682 (sin cargo) para confirmar que un proveedor preferido pertenece a la red y/o que acepta pacientes nuevos.

Los miembros tienen acceso directo al obstetra/ginecólogo de su elección y que pertenece a la red. No necesitan referencias médicas de su médico de familia (PCP) para hacerse exámenes de rutina, incluyendo el Papanicolau cuando sea necesario y, tienen una cantidad ilimitada de visitas para problemas ginecológicos y de seguimiento.

Los miembros también tienen acceso directo a los dermatólogos de su elección y que pertenecen a la red. No necesitan una referencia médica de su médico de familia (PCP) para tener acceso a los beneficios dermatológicos cubiertos bajo su plan médico.

Se pone a disposición del miembro un resumen de todos los acuerdos o contratos establecidos entre Aetna y cualquier proveedor médico. Para obtenerlo debe solicitarlo llamando al número de teléfono de Servicios al Miembro que está en su tarjeta de identificación. El resumen no incluirá acuerdos financieros con datos actuales sobre tasas, reembolsos, cargos o tarifas convenidas entre Aetna y el proveedor. El resumen incluirá una categoría o tipo de remuneración que Aetna paga a cada clase de proveedor médico con los que tiene contrato.

## Opción Consumer Choice (Elección del Consumidor)

La Opción *Consumer Choice* está disponible para los residentes de Georgia inscritos en ciertos planes de cuidado de la salud administrado de Aetna. Con esta opción de beneficio, los miembros de ciertos planes de cuidado de la salud administrado de Aetna podrán nombrar a un proveedor que no pertenece a la red para que les preste servicios cubiertos a ellos y a sus familiares cubiertos bajo el plan por una prima mensual adicional, pero se aplican ciertas restricciones legales. Sus beneficios médicos y los copagos correspondientes serán los mismos que para los proveedores dentro de la red. El proveedor que no pertenece a la red debe acordar aceptar la remuneración ofrecida por Aetna y cumplir con los requisitos de control de calidad del plan y, debe aceptar cumplir con todos los demás criterios razonables que el plan exige de los proveedores de su red. Es posible que el proveedor que usted nombre no desee participar.

[www.aetna.com](http://www.aetna.com)

En esta opción, le corresponderá una prima mayor, además de la prima que usted pagaría de otra forma. Su responsabilidad por la prima mayor variará dependiendo del plan que tiene (con cobertura por persona o por familia), del tipo de seguro, cláusulas y cobertura médica que tiene. Puede obtener precios y más información llamando al 1-888-772-9682. Cuando llame, tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro de Aetna.

## Hawaii

### Consentimiento informado

Los miembros tienen el derecho de ser completamente informados antes de tomar una decisión sobre cualquier beneficio, tratamiento o ausencia del mismo.

Su proveedor:

- hablará con usted sobre todas las opciones de tratamiento, incluyendo la opción de no recibir ningún tipo de tratamiento;
- garantizará que las personas con incapacidades tengan medios de comunicación efectivos con el proveedor y otros miembros del plan de cuidado de la salud administrado; y
- hablará con usted sobre todos los riesgos, beneficios y consecuencias del tratamiento o la ausencia del mismo.

Su proveedor también hablará con usted y su familia inmediata sobre los testamentos en vida y poderes durables con relación al tratamiento médico.

Número de teléfono de la División de Seguros:

Podrá entrar en contacto con la División de Seguros y la Oficina de Quejas del Consumidor de Hawaii llamando al 1-808-586-2790.

## Illinois

Si bien todos los proveedores del listado de proveedores tienen contrato con Aetna para prestar servicios de atención médica primaria, no todos aceptan pacientes nuevos. Aunque Aetna haya identificado a los que no aceptaban pacientes nuevos, según se comunicara a Aetna en el momento de la elaboración del listado de proveedores, la situación del proveedor puede haber cambiado. Para obtener la información más actualizada

sobre el consultorio de cualquier médico, contáctese con el médico seleccionado o llame a Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación.

La ley de Illinois exige que los planes médicos proporcionen anualmente la siguiente información a los inscritos o potenciales inscritos a pedido del interesado: una lista completa de los proveedores médicos que pertenecen a la red en el área de servicio del plan médico y una descripción de las siguientes condiciones para la cobertura:

1. el área de servicio;
2. los beneficios y servicios médicos cubiertos, con todas sus exclusiones, excepciones y limitaciones;
3. los procedimientos y requerimientos de precertificación y de revisión de utilización del plan;
4. una descripción del proceso de selección de un médico de familia, las limitaciones en el acceso a especialistas y la política actual sobre las referencias médicas;
5. la cobertura y beneficios de emergencia, incluyendo toda restricción para los servicios de atención médica de emergencia;
6. la cobertura y los beneficios obtenidos fuera del área, si los hubiera;
7. la responsabilidad monetaria del inscrito en copagos, deducibles, primas y cualquier otro gasto de bolsillo;
8. las disposiciones relativas a la continuidad del tratamiento de un proveedor si el mismo dejara de pertenecer a la red durante el curso del tratamiento de un inscrito;
9. el proceso de apelación; formularios y plazos para presentar una apelación con relación a los servicios médicos, quejas y revisiones externas independientes, quejas administrativas y quejas de revisión de utilización, incluyendo el número de teléfono donde obtener más información del plan médico con relación al proceso de apelación; y
10. una declaración de todos los servicios médicos básicos y todos los beneficios y servicios específicos a proporcionarse a los inscritos por ley estatal o reglamento administrativo.

Además, a pedido escrito del interesado, el plan médico proveerá a los inscritos una descripción de la relación financiera entre el plan médico y cualquier proveedor médico, incluyendo, si se lo solicita, el porcentaje de copagos, deducibles y primas totales pagados en gastos relativos a la atención médica, y el porcentaje de copagos, deducibles y primas totales pagados en otros gastos, incluyendo gastos administrativos.

## **Kansas**

La ley de Kansas permite que usted reciba la siguiente información cuando la solicite:

1. Una descripción completa de los servicios, artículos y otros beneficios médicos a los que el asegurado tiene derecho en el plan médico específico que cubre o se ofrece a dicha persona;
2. una descripción de toda limitación, excepción o exclusión de cobertura en un plan de beneficios médicos, incluyendo las políticas de autorización previa, listados de medicamentos con restricciones y otras disposiciones que limitan el acceso del asegurado a servicios o artículos cubiertos;
3. una lista de los proveedores que pertenecen a la red del plan, sus direcciones comerciales y números de teléfono, su disponibilidad y toda limitación con relación a la elección del mismo;
4. notificación por adelantado de cualquier cambio en el plan de beneficios médicos que reduzca la cobertura o beneficios, o aumente el costo para la persona; y
5. una descripción de los procedimientos de quejas y apelaciones que se encuentran disponibles bajo el plan de beneficios médicos y los derechos del asegurado con relación a la terminación, baja, no renovación o cancelación de cobertura.

## **Kentucky**

Todo proveedor que cumpla con nuestros criterios de inscripción y que esté dispuesto a cumplir con los términos y condiciones para su participación tiene derecho de pertenecer a nuestra red.

## **Definición de una condición médica de emergencia**

Una condición médica de emergencia es una que se presenta con síntomas agudos, que incluyen el dolor intenso, de una gravedad tal que una persona prudente podría razonablemente suponer que la ausencia de atención médica inmediata podría: poner la salud de la persona en grave peligro o, con respecto de una mujer embarazada, la salud de la mujer o la de su hijo por nacer, producir daño grave a las funciones corporales; o disfunción grave a cualquier órgano o parte del cuerpo; o, con respecto a una mujer embarazada con contracciones, podría provocar una situación en la que no haya tiempo suficiente para efectuar el traslado seguro a otro hospital antes del parto; o una situación en la que el traslado podría poner en peligro la salud o seguridad de la mujer o de su hijo por nacer.

## Louisiana

Aetna no utilizará, bajo ningún concepto, los resultados de las pruebas genéticas de un solicitante o inscrito para su discriminación.

## Maryland

### Formulario de gastos de atención médica para la salud del comportamiento

Para obtener una copia del formulario de gastos de atención médica para la salud del comportamiento, por favor llame al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación.

## Michigan

Contáctese con el Departamento de Servicios al Consumidor y a la Industria de Michigan llamando al 1-517-373-0220 para verificar las licencias de los proveedores que pertenecen a la red o para informarse si hay quejas formales y acciones disciplinarias contra un proveedor de la red.

De acuerdo con la ley de Michigan, se deberá proporcionar la siguiente información cuando se la solicite:

1. fecha de certificación del proveedor por consejo u otra organización con reconocimiento nacional;
2. nombres de establecimientos habilitados donde los proveedores cuentan con privilegios;
3. requerimientos de autorización previa y limitaciones, incluyendo las restricciones en el listado de medicamentos;
4. información sobre relaciones financieras existentes entre los proveedores y el plan médico.

### Cobertura para el dolor indomable

Aetna provee beneficios para la evaluación y el tratamiento del dolor indomable cuando Aetna determine que sea médicamente necesario o de otra forma elegible. Dolor indomable significa "un estado de dolor en el que la causa del dolor no puede eliminarse o tratarse y para el que, en la práctica de aceptación general de la medicina alopática u osteopática, no existe alivio o cura posible para la causa del dolor o no se ha encontrado ningún alivio después de haberse efectuado esfuerzos razonables, incluyendo, entre otros, la evaluación del médico tratante y de uno o más médicos especializados en el tratamiento del área, sistema u órgano del cuerpo percibido como la fuente del dolor".

Para obtener esta información y más información sobre el plan médico, llame a Servicios al Miembro al 1-888-772-9682.

## Texas

Por favor consulte el delineamiento del diseño del plan y el resumen de las cláusulas adicionales que contiene su paquete de preinscripción para obtener una breve descripción de los servicios y beneficios médicos cubiertos bajo su plan específico, así como de los servicios y beneficios excluidos. Después de su inscripción, usted podrá consultar los documentos de su plan para una descripción más completa de los servicios y beneficios cubiertos y las exclusiones de su plan. Para averiguar si un servicio en particular está cubierto o excluido, por favor contáctese con Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación.

# La ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos

Se proporciona la siguiente información con el fin de informar a usted sobre ciertas disposiciones contenidas en el plan médico de grupo, y sobre los procedimientos pertinentes que usted puede utilizar de acuerdo con la Ley Federal.

## **Derechos de inscripción especial**

Si usted rehusó la inscripción para usted o para sus dependientes (incluyendo su cónyuge) porque contaban con cobertura bajo otro plan médico u otro seguro médico de grupo, usted y sus dependientes se podrán inscribir en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la otra cobertura (o el empleador dejara de efectuar los aportes para dicha cobertura). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días después que se haya vencido la otra cobertura de usted o de sus dependientes (o después que el empleador dejara de efectuar los aportes para dicha cobertura).

Además, si usted tiene un nuevo dependiente como consecuencia de casamiento, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted y sus dependientes se podrán inscribir en este plan. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días después casamiento, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, comuníquese con su administrador de beneficios médicos.

## **Cómo solicitar un certificado de cobertura comprobable**

Los miembros de patrocinadores de planes asegurados o los miembros de patrocinadores de planes autoasegurados que han contratado con nosotros para proporcionar Certificados de cobertura previa de salud, tienen la opción de solicitar un certificado.

Esto aplica a usted si ha sido un miembro cancelado, y aplica a los miembros que están actualmente activos pero quisieran un certificado para verificar su estado. Los miembros cancelados pueden solicitar un certificado por hasta 24 meses después de su cancelación. Los miembros activos pueden solicitar un certificado en cualquier momento. Para solicitar un Certificado de cobertura previa de salud, por favor comuníquese con Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

Si necesita este documento en otro idioma, por favor llame a Servicios al Miembro al 1-888-772-9682.