

# Divulgación de información importante sobre los planes tradicionales y los basados en PPO:

Aetna Choice® POS II  
 Aetna Health Network Only<sup>SM</sup>  
 Aetna Health Network Option<sup>SM</sup>  
 Aetna Open Access® Elect Choice® EPO  
 Aetna Open Access® Managed Choice®  
 Open Access Aetna Select<sup>SM</sup>  
 Open Choice® PPO  
 Traditional Choice® Indemnity

**Aetna Life Insurance Company (Aetna) ofrece, suscribe o administra los planes de seguro de salud.**

## Índice

<b>Ofrecemos planes de salud de calidad .....</b>	<b>2</b>
<b>Características de un plan tradicional o un plan basado en la organización de proveedores preferidos (PPO).....</b>	<b>2</b>
Cómo pagan algunos planes.....	2
¿Aún no es miembro?.....	3
Evite las facturas inesperadas .....	3
Obtenga un directorio impreso gratuito.....	3
Elija un médico de atención primaria (PCP) .....	3
<b>Obtener aprobación para algunos servicios.....</b>	<b>3</b>
Sin cobertura debido a sanciones comerciales de los EE. UU. ....	3
Cobertura para trasplantes y otras afecciones complejas .....	4
¿Qué significa “medicamente necesario”?.....	4
Boletines de políticas clínicas .....	4
<b>Qué debe hacer si no está de acuerdo con nosotros.....</b>	<b>4</b>
Puede presentar una apelación .....	4
Puede ponerse en contacto con una organización de revisión independiente (IRO) .....	5
Puede obtener una revisión urgente .....	5
<b>Derechos y responsabilidades del miembro .....</b>	<b>5</b>
Política de no discriminación para pruebas genéticas.....	5
Sus derechos según la Ley de Garantía de los Ingresos Jubilatorios del Empleado de 1974 (ERISA) .....	5
Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA).....	5
Su derecho a inscribirse más adelante .....	6
Cuando tiene un nuevo dependiente .....	6
<b>Información importante para determinados estados y planes ...</b>	<b>6</b>
Colorado.....	6
Delaware .....	6
Florida.....	6
Georgia.....	6
Hawaii .....	7
Illinois .....	8
Indiana.....	8
Iowa.....	8
Kansas.....	8
Kentucky .....	9
Louisiana .....	9
Michigan .....	9
North Carolina.....	9
Oklahoma.....	10
Oregón .....	10
Rhode Island.....	11
Tennessee.....	11
West Virginia.....	11



**Aquí encontrará información de divulgación importante sobre nuestros planes. También encontrará contenido requerido que varía según el estado.**

## Ofrecemos planes de salud de calidad

Siguiendo los estándares de acreditación de los planes de salud del Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA), le ofrecemos planes de salud de calidad. Visite [Aetna.com/individuals-families-health-insurance/document-library/documents/2019Disclosures/NCQA-MED-Disclosures-FI-SI.pdf](https://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/document-library/documents/2019Disclosures/NCQA-MED-Disclosures-FI-SI.pdf) para obtener más información sobre cómo cumplimos con la acreditación y los estándares del NCQA. También puede llamarnos al número que figura en su identificación de miembro para solicitar una copia impresa.

Este documento explica cómo hacer lo siguiente:

### Comprender su plan de salud

- Beneficios y servicios que se incluyen, y que no se incluyen, en su cobertura
- Beneficio de medicamentos con receta
- Beneficios de salud mental y adicciones
- Atención fuera del horario de atención, atención de urgencia y de emergencia

### Obtener información del plan en línea y por teléfono

- Cómo puede comunicarse con nosotros
- Ayuda para personas que no hablan inglés y para personas sordas o con dificultades auditivas
- Obtener información sobre cómo presentar una reclamación
- Buscar médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica en nuestra red
- Organizaciones responsables de la salud (ACO)
- Nuestros programas de administración de calidad, incluidos los objetivos y resultados

### Conocer los costos y las normas para usar su plan

- Lo que usted paga
- Sus costos cuando sale de la red
- Certificación previa: cómo obtener aprobaciones para servicios
- Estudiamos la última tecnología médica
- Cómo tomamos decisiones de cobertura
- Reclamos, apelaciones y revisiones externas

### Comprender sus derechos y responsabilidades

- Derechos y responsabilidades del miembro
- Aviso sobre prácticas de privacidad

## Características de un plan tradicional o un plan basado en la organización de proveedores preferidos (PPO)

Si usted es un miembro, no toda la información de este documento se aplica a su plan tradicional o su plan basado en PPO específico. La mayoría de la información corresponde a todos los planes, pero parte de ella no. Por ejemplo, no todos los planes tienen beneficios de medicamentos con receta o de salud conductual. También hay información que es posible que solo se aplique a algunos estados y planes. Para asegurarse de qué características del plan se aplican a usted, consulte los documentos del plan Resumen de beneficios y cobertura. ¿No puede encontrarlos? Pregúntele a su administrador de beneficios o llame al Departamento de Servicios para Miembros para que se le envíe una copia de los documentos de su plan.

### Cómo pagan algunos planes

Los proveedores establecen las tarifas que le cobrarán. Pueden ser más altas (a veces mucho más altas) que lo que permite su plan de Aetna®. En el caso de algunos planes, su médico puede cobrarle a usted el monto en dólares que el plan no permite, y no se tendrá en cuenta ningún monto en dólares que esté por encima del cargo permitido ni para su deducible ni para los límites de lo que paga de su bolsillo. Esto significa que usted es totalmente responsable de pagar todo lo que esté por encima del monto que el plan permite para un servicio o procedimiento. Sin embargo, su plan siempre cubre la atención de emergencia, y no necesita obtener aprobación previa.

Los planes pagan su atención médica según el plan que usted o su empleador elijan. Algunos de los planes pagan por servicios guiándose por lo que pagaría Medicare y ajustan ese monto hacia arriba o hacia abajo. Los planes van desde pagar el 90% de Medicare (es decir, el 10% menos de lo que Medicare pagaría) hasta el 300% de Medicare (la tarifa de Medicare multiplicada por tres). Algunos planes pagan servicios según lo que se llama el "cargo habitual". Estos planes usan información de FAIR

Health, Inc., una compañía sin fines de lucro que informa cuánto cobran los proveedores por los servicios en cualquier código postal. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en su identificación de miembro para conocer el método que utiliza su plan para pagar a los proveedores.

## ¿Aún no es miembro?

Para obtener ayuda para comprender cómo funciona un plan médico determinado, revise el documento Resumen de beneficios y cobertura del plan.

## Evite las facturas inesperadas

Para evitar una factura sorpresa, consulte los documentos de su plan para ver qué está cubierto antes de recibir atención médica. Además, asegúrese de recibir atención de un proveedor que forme parte de la red de su plan. Esto tiene sentido por las siguientes razones:

- Hemos negociado tarifas más bajas para usted.
- Los médicos y hospitales de la red no le facturarán por encima de nuestras tarifas negociadas para los servicios cubiertos.
- Usted tiene acceso a atención de calidad de nuestra red nacional.

Para buscar un proveedor de la red, inicie sesión en **Aetna.com**, seleccione "Find Care" (Buscar atención) en la barra de menú superior y comience su búsqueda. Para obtener más información acerca de cómo pagamos los beneficios fuera de la red cuando un plan los permite, visite **Aetna.com** y escriba "cómo paga Aetna" en el cuadro de búsqueda.

## Obtenga un directorio impreso gratuito

Para obtener una lista impresa gratuita de médicos y hospitales, llame al número gratuito que figura en su identificación de miembro. Si aún no es miembro, llame al **1-888-982-3862 (TTY: 711)**.

## Elija un médico de atención primaria (PCP)

La mayoría de los planes tradicionales o basados en PPO no requiere que usted seleccione un PCP. Sin embargo, es posible que algunos empleadores le requieran que lo haga. Le recomendamos que elija un PCP porque puede ayudarlo a coordinar su atención y a solicitar pruebas y exámenes. Si se trata de una emergencia, no es necesario que llame primero a su PCP. Puede cambiar a su PCP en cualquier momento.

Las mujeres que sean miembros pueden elegir un obstetra/ginecólogo como su PCP. El obstetra/ginecólogo que cumpla la función de su PCP proporcionará los mismos servicios y seguirá las mismas pautas que cualquier otro PCP. También puede elegir un pediatra como PCP de su(s) hijo(s). Consulte la documentación de su plan para obtener más detalles.

## Obtener aprobación para algunos servicios

Generalmente, pagaremos la atención solo si hemos otorgado una aprobación antes de que usted la reciba. Los documentos de su plan mencionan todos los servicios que requieren que obtenga una aprobación previa.

Primero, verificamos que usted siga siendo miembro. Y nos aseguramos de que el servicio sea médicamente necesario para su afección. También nos aseguramos de que el servicio y el lugar solicitado para obtener el servicio sean rentables. Nuestras decisiones se basan únicamente en la existencia de cobertura y la idoneidad de la atención y el servicio, según directrices reconocidas a nivel nacional. Podemos sugerir un tratamiento o un lugar de servicio diferentes que sean igual de efectivos, pero que cuesten menos. Además, verificamos si usted reúne los requisitos para uno de nuestros programas de administración de atención. Si es así, uno de nuestros enfermeros puede contactarlo. La certificación previa no verifica que haya alcanzado o no los límites en dólares del plan o los máximos de consultas para el servicio solicitado. Entonces, incluso si obtiene la aprobación, es posible que el servicio no esté cubierto.

## Sin cobertura debido a sanciones comerciales de los EE. UU.

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

## Cobertura para trasplantes y otras afecciones complejas

Nuestro programa National Medical Excellence Program® es para miembros que necesitan un trasplante o que tienen una afección que solo se puede tratar en un determinado hospital. Es posible que deba acudir a un hospital de Aetna Institutes of Excellence™ para obtener cobertura para el tratamiento. Si no lo hace, algunos planes no cubrirán el servicio. Elegimos hospitales para el programa National Medical Excellence en función de su preparación y experiencia con estos servicios. También seguimos las normas estatales al elegir estos hospitales.

### ¿Qué significa “medicamente necesario”?

Significa que su médico recetó un producto o servicio por una razón médica importante. Puede ser para ayudar a prevenir una enfermedad o afección, o para verificar si tiene una. También puede ser para tratar una lesión o enfermedad. El producto o servicio tiene que ser recetado por su médico y, además, debe ocurrir lo siguiente:

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

Solo los profesionales médicos pueden decidir si un tratamiento o servicio no es médicamente necesario. No recompensamos a los empleados de Aetna® por denegar la cobertura. Si denegamos la cobertura, les enviaremos una carta a usted y a su médico. En ella se explicará por qué denegamos el tratamiento y cómo puede apelar la denegación.

### Boletines de políticas clínicas

Escribimos un informe sobre un producto o servicio cuando decidimos si es médicamente necesario. El informe se denomina boletín de política clínica (CPB). Los CPB nos guían para decidir sobre la aprobación de una solicitud de cobertura. Es posible que su plan no cubra todo lo que nuestros CPB indiquen que es médicamente necesario. Cada plan es diferente, por lo que debe consultar los documentos de su plan. Los CPB no están destinados a aconsejarlo a usted ni a su médico sobre su

atención. Solo su médico puede brindarle asesoramiento y tratamiento. Hable con su médico sobre cualquier CPB relacionado con su cobertura o afección.

Usted y su médico pueden visitar **Aetna.com/health-care-professionals/clinical-policy-bulletins.html** para leer los CPB. ¿No tiene internet? Llame al número que aparece en su identificación de miembro de Aetna y solicite una copia de un CPB para cualquier producto o servicio.

## Qué debe hacer si no está de acuerdo con nosotros

Si no está de acuerdo con algo que hayamos hecho, puede hablar con nosotros por teléfono. También puede enviarnos un reclamo por escrito. El número de teléfono figura en su identificación de miembro de Aetna. También puede ingresar a **Aetna.com** para enviarnos un correo electrónico.

¿Aún no está satisfecho?

### Puede presentar una apelación

¿Denegamos su reclamación? Las instrucciones sobre cómo apelar nuestra decisión están en los siguientes documentos:

- La carta que le enviamos.
- La declaración de Explicación de beneficios que indica que su reclamación fue denegada.

La carta que le enviamos le informa lo siguiente:

- Lo que necesitamos de usted.
- Qué tan pronto responderemos.

Si una denegación se basa en un criterio médico, es posible que pueda obtener una revisión externa si no está satisfecho con su apelación. Algunos estados tienen su propio proceso de revisión externa, y es posible que deba pagarle una pequeña tarifa a su estado. En otros estados, la revisión externa está disponible, pero sigue normas federales.

Para obtener ayuda o más información, haga lo siguiente:

- Visite el sitio web del gobierno de su estado en **USA.gov/state-tribal-governments**
- Llame al número de teléfono que aparece en su identificación de miembro.

## **Puede ponerse en contacto con una organización de revisión independiente (IRO)**

Una IRO asignará su caso a uno de sus expertos. El experto será un médico u otro profesional que se especialice en el área referida en su caso o en su tipo de apelación. Debería obtener una decisión dentro de los 45 días calendario posteriores a la solicitud. La decisión de la IRO es final y vinculante. Seguiremos la decisión y usted no tendrá que pagar nada, a menos que haya una tarifa de presentación.

## **Puede obtener una revisión urgente**

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

## **Derechos y responsabilidades del miembro**

No tenemos en cuenta la raza, la discapacidad, la religión, el sexo, la orientación sexual, la salud, el origen étnico, el credo, la edad ni la nacionalidad al brindarle acceso a la atención médica. La ley federal exige que los proveedores de la red hagan lo mismo.

## **Política de no discriminación para pruebas genéticas**

No utilizamos los resultados de las pruebas genéticas para discriminar, de ninguna manera, a los solicitantes o inscritos. Además, usted elige si quiere decirnos su raza u origen étnico y su idioma preferido. Mantendremos esa información privada. La utilizamos para mejorar su acceso a la atención médica y para darle un mejor servicio.

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

Si es un participante en un plan de salud grupal financiado por el empleador, usted tiene ciertos derechos y protecciones en virtud de la ERISA. Algunos de sus derechos se mencionan abajo. Sus derechos se describen de forma más detallada en los documentos de su plan. Estos son algunos de sus derechos:

- Recibir, sin costo, información sobre su plan y sus beneficios.
- Luego de solicitarlo por escrito al administrador de su plan, examinar copias de los documentos que rigen el funcionamiento del plan, los contratos, los convenios colectivos, los informes anuales y más. El administrador puede cobrarle una tarifa razonable por las copias.

- Recibir una copia de los procedimientos utilizados para determinar si una relación doméstica o una orden judicial de provisión de prestaciones de salud reúnen los requisitos.
- Continuar la cobertura de salud grupal para usted, su cónyuge o sus dependientes si pierden su cobertura como resultado de un evento que reúne los requisitos.
- Saber por qué se denegó una reclamación.
- Ejercer sus derechos y tomar medidas para hacer valer sus derechos, sin discriminación ni represalias.
- Obtener respuestas a sus preguntas sobre el plan. Comuníquese con el administrador de su plan si tiene preguntas sobre su plan. Si no le proporciona la información que pidió, puede obtener ayuda en la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, que forma parte del Departamento de Trabajo de los EE. UU. Búsqueda en línea o en su directorio telefónico local.

## **Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA)**

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

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

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

Para obtener más información haga lo siguiente:

- Llame al número que aparece en su identificación de miembro.
- Visite el sitio web del Departamento de Trabajo de los EE. UU. en **[DOL.gov/sites/dolgov/files/ebsa/about-ebsa/our-activities/resource-center/publications/your-rights-after-a-mastectomy.pdf](https://dol.gov/sites/dolgov/files/ebsa/about-ebsa/our-activities/resource-center/publications/your-rights-after-a-mastectomy.pdf)**

## Su derecho a inscribirse más adelante

Puede elegir no inscribirse ahora porque ya tiene seguro de salud. Es posible que pueda inscribirse más adelante si pierde esa otra cobertura o si su empleador deja de contribuir al costo. Esto incluye inscribir a su cónyuge o hijos y otros dependientes. Si eso sucede, debe presentar la solicitud dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su cobertura (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

## Cuando tiene un nuevo dependiente

¿Se va a casar? ¿Tendrá un bebé? Si elige no inscribirse durante el período normal de inscripción abierta, puede inscribirse dentro de los 31 días posteriores a un evento en su vida. Algunos ejemplos de eventos de la vida son el matrimonio, el divorcio, el nacimiento, la adopción y la colocación para adopción. Consulte a su administrador de beneficios para obtener más información o para solicitar una inscripción especial.

## Información importante para determinados estados y planes

Aquí encontrará contenido adicional sobre divulgación que varía según el estado.

### Colorado

#### Plan de acceso a la red

Aetna® mantiene planes de acceso a la red para su red de proveedores en Colorado. Los planes describen cómo controlamos las redes para asegurarnos de que satisfagan las necesidades de atención médica de nuestros miembros. Para obtener una copia de los planes, llámenos al número que aparece en su identificación de miembro. O, para descargarlos, haga lo siguiente:

- Diríjase a **[Aetna.com](https://www.aetna.com)**
- Desplácese hasta el final de la página y seleccione “Plan disclosures” (Divulgación de información sobre el plan).
- Seleccione “State-Specific Information” (Información específica por estado).
- Desplácese hacia abajo hasta encontrar “Colorado”.

### Aviso para las políticas de pequeños empleadores que cumplen con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de Colorado

Esta política brinda beneficios dentales solo para las personas de hasta 18 años de edad. Esta política se ofrece para que el comprador tenga cobertura dental pediátrica, según lo requerido por la ley. Si usted tiene 19 años o más, debe pagar el precio total de cualquier atención dental que reciba con este plan. Sin embargo, puede comprar un plan por separado que incluya beneficios de atención dental para adultos para estar cubierto.

### Delaware

#### Beneficio de prótesis capilar para el cuero cabelludo

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

### Florida

#### Acceso directo a un quiropráctico y un podiatra de la red

Usted tiene acceso directo para elegir a un proveedor de atención primaria quiropráctico y a un podiatra participantes y no necesita una remisión de su PCP para acceder a los beneficios cubiertos por su plan de beneficios de salud.

#### Acceso directo a un dermatólogo de la red

Usted tiene acceso directo a un proveedor de atención primaria dermatólogo participante de su elección y no necesita una remisión de su PCP para acceder a los beneficios cubiertos por su plan de beneficios de salud.

### Georgia

#### Obtenga un directorio impreso gratuito

Si vive en Georgia, puede llamar a la línea gratuita al **1-800-223-6857 (TTY: 711)** para confirmar que el proveedor preferido de su interés se encuentra en la red y acepta nuevos pacientes.

#### Georgia aclara el estándar de persona prudente.

Ahora incluye las afecciones **mentales** o físicas que requieren atención de emergencia.

#### Explicación de lo que constituye una situación de emergencia y los servicios de emergencia

##### Situación de emergencia

Cualquier afección física o mental de aparición reciente y de gravedad. Independientemente de cuál sea el diagnóstico, los síntomas deberán ser lo suficientemente graves como para hacer que una persona prudente con

un conocimiento promedio de medicina y salud crea que su afección, enfermedad o lesión es de una naturaleza tal que, si no se obtiene atención médica inmediata, podría derivar en lo siguiente:

1. un grave peligro para la salud del paciente;
2. un deterioro grave de las funciones corporales; o
3. una grave disfunción de un órgano o una parte del cuerpo.

### **Servicios de emergencia**

Los servicios de atención de salud física y mental, que incluyen servicios de estabilización, que se prestan después de la aparición reciente de una afección médica o traumática, una enfermedad o una lesión que presente síntomas graves. Esto incluye una afección de salud mental o un trastorno por abuso de sustancias. Independientemente de cuál sea el diagnóstico, los síntomas deberán ser lo suficientemente graves como para hacer que una persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud crea que su afección, enfermedad o lesión es de una naturaleza tal que, si no se obtiene atención médica inmediata, podría derivar en lo siguiente:

1. un grave peligro para la salud del paciente;
2. un deterioro grave de las funciones corporales; o
3. una grave disfunción de un órgano o una parte del cuerpo.

### **Acceso directo a un obstetra-ginecólogo de la red**

Las mujeres que sean miembros tienen acceso directo al proveedor primario obstetra/ginecólogo participante de su elección y no necesitan una remisión de su PCP para lo siguiente:

- Un examen rutinario de bienestar para la mujer (incluida una prueba de Papanicolaou, cuando corresponda).
- Una cantidad ilimitada de consultas para problemas ginecológicos.
- Una cantidad ilimitada de consultas para atención de seguimiento.

### **Acceso directo a un dermatólogo de la red**

Usted tiene acceso directo al proveedor dermatólogo participante de su elección y no necesita una remisión de su médico de atención primaria para acceder a los beneficios dermatológicos cubiertos por su plan de salud.

### **Cómo nominar a un médico fuera de la red para los beneficios de la red**

Si prefiere recibir atención de un médico que no está en la red, simplemente llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en su identificación de miembro (obtendrá esa identificación después de inscribirse). Puede nominar a un médico específico para que se desempeñe como médico de la red para usted y los miembros de su familia cubiertos.

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

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

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

### **Hawaii**

#### **Obtenga un directorio impreso gratuito**

Si vive en Hawaii, puede comunicarse con la División de Seguros de Hawaii y la Oficina de Reclamos del Consumidor al **808-586-2790**.

#### **Consentimiento informado**

Tiene derecho a estar completamente informado antes de tomar una decisión sobre cualquier beneficio, tratamiento o no tratamiento. Su proveedor realizará todas las acciones que se enumeran a continuación.

- Analizar todas las opciones de tratamiento, incluida la opción de no recibir tratamiento en absoluto.

- Asegurarse de que las personas con discapacidad tengan un medio efectivo de comunicación con el proveedor y otros miembros del plan de cuidado administrado.
- Analizar todos los riesgos, los beneficios y las consecuencias del tratamiento y el no tratamiento.
- Analizar con usted (y otros miembros de su familia cubiertos) los testamentos en vida y los poderes de representación duraderos en relación con el tratamiento médico.

## Illinois

### La ley de Illinois exige ciertas divulgaciones del plan de salud

La legislación de Illinois exige que los planes de salud brinden la siguiente información cada año a los inscritos y a los posibles inscritos que la soliciten: (1) una lista completa de los proveedores de atención médica participantes en el área de servicio del plan de atención médica; (2) una descripción del área de servicio; (3) los beneficios y servicios cubiertos con todas las exclusiones, excepciones y limitaciones; (4) la certificación previa y otros procedimientos y requisitos de revisión de utilización; (5) una descripción del proceso para la selección de un médico de atención primaria, cualquier limitación al acceso a especialistas y la política vigente de remisión del plan; (6) una descripción de la cobertura y los beneficios de emergencia, incluida cualquier restricción en los servicios de atención de emergencia; (7) la cobertura y los beneficios fuera del área, si corresponden; (8) la responsabilidad financiera del inscrito en cuanto a copagos, deducibles, primas y cualquier otro gasto que paga de su bolsillo, (9) las disposiciones para la continuidad del tratamiento en caso de que la participación de un proveedor de atención médica finalice durante el transcurso del tratamiento de un inscrito por parte del proveedor; (10) el proceso de apelaciones, formularios y plazos para apelaciones por servicios de atención médica, reclamos y revisiones externas independientes, reclamos administrativos y reclamos de revisión de utilización, con un número de teléfono al que llamar para recibir más información del plan de atención médica sobre el proceso de apelación; (11) una declaración de todos los servicios básicos de atención médica y todos los beneficios y servicios específicos que se proporcionarán a los inscritos según una ley estatal o norma administrativa; (12) una descripción de la relación financiera entre el plan de salud y cualquier proveedor de atención médica, incluido, si se solicita, el porcentaje de copagos, deducibles y primas totales en gastos relacionados con la atención médica y el porcentaje de copagos, deducibles y primas totales en otros gastos, incluidos los de índole administrativa.

## Indiana

### Presentación de un reclamo

Visite la sección de reclamos del sitio web del estado de Indiana en [IN.gov/idoi/2547.htm](http://IN.gov/idoi/2547.htm) para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

## Iowa

### Decisiones de cobertura

Una “decisión de cobertura” se define como una decisión adversa final porque un producto o servicio no se consideró médicamente necesario. Esta definición no incluye una denegación de cobertura para un servicio o un tratamiento específicamente mencionados en un plan o los documentos de evidencia de cobertura como excluidos de la cobertura, o una denegación de cobertura para un servicio o un tratamiento que ya han sido recibidos y por los cuales el inscrito no tiene responsabilidad financiera.

## Kansas

### La ley de Kansas exige que los planes proporcionen cierta información

La legislación de Kansas le permite obtener la siguiente información, si la solicita: (1) una descripción completa de los servicios de atención médica, productos y otros beneficios a los que tiene derecho en el plan de salud particular que le brinda cobertura o se le ofrece; (2) una descripción de las limitaciones, excepciones o exclusiones de la cobertura en el plan de beneficios de salud, incluidas las políticas de autorización previa, los formularios de medicamentos restringidos u otras disposiciones que restrinjan su acceso a servicios o productos cubiertos; (3) una lista de los proveedores participantes del plan, sus direcciones y números de teléfono comerciales, su disponibilidad y cualquier limitación sobre su elección de proveedor; (4) notificación por adelantado de cualquier cambio en el plan de beneficios de salud que reduzca la cobertura o aumente el costo para usted; y (5) una descripción de los procedimientos de queja y apelación disponibles en el plan de beneficios de salud y sus derechos con respecto a la finalización, cancelación de su inscripción, no renovación o cancelación de la cobertura. Si es miembro, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros llamando al número de teléfono que figura en su identificación de miembro para solicitar más información. Si aún no es miembro de Aetna®, comuníquese con el administrador de su plan.

## Kentucky

### El derecho de un proveedor a unirse a la red

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

### Acceso directo a un proveedor quiropráctico de la red

Tiene acceso directo al proveedor primario quiropráctico participante que elija. No necesita una remisión de su médico de atención primaria para acceder a los beneficios de quiropráctica cubiertos por su plan de beneficios.

### Información del directorio, incentivos financieros y tiempos de espera

La legislación de Kentucky exige que Aetna® brinde, previa inscripción y solicitud, la siguiente información: (1) un directorio actual de proveedores participantes con información sobre el acceso a proveedores de atención primaria y proveedores disponibles; (2) información general sobre el tipo de incentivos financieros entre proveedores participantes contratados, incluidos incentivos y bonificaciones; y (3) nuestros tiempos de espera habituales estándares para citas para atención urgente y de rutina. Nuestros tiempos de espera habituales son para atención de rutina (dentro de los 7 días), atención preventiva (dentro de las 8 semanas), atención urgente, con síntomas (dentro de los 3 días), reclamo urgente (el mismo día o dentro de 24 horas), atención de emergencia (de inmediato o con remisión a una sala de emergencias).

Además, a pedido, ofreceremos información sobre la red de proveedores, incluidas las afiliaciones de hospitales, y si un proveedor de la red en particular está certificado por la junta y si un proveedor acepta nuevos pacientes actualmente. Los miembros pueden comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en su identificación de miembro para obtener más información. Las demás personas deben comunicarse con su administrador de beneficios.

### Definición de “afección médica de emergencia”

Una afección médica de emergencia es una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad, incluido el dolor intenso, que una persona prudente y razonable podría tener evidencia para creer que constituye una afección en la que razonablemente se podría esperar que la ausencia de atención médica inmediata derive en: colocar la salud de la persona o, en el caso de una mujer embarazada, la

salud de la mujer o de su feto, en grave peligro; un deterioro grave de las funciones corporales; o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o en el caso de una mujer embarazada que está teniendo contracciones, una situación en la que no hay tiempo suficiente para efectuar una transferencia segura a otro hospital antes del parto; o una situación en la que la transferencia puede representar una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del feto.

## Louisiana

### Es posible que reciba atención en un hospital de la red de un proveedor que no está en la red de su plan

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

## Michigan

### Obtenga un directorio impreso gratuito

Los miembros de Michigan pueden comunicarse con la Oficina de Seguros y Servicios Financieros de Michigan al **517-284-8800** para verificar las licencias de los proveedores participantes y acceder a información sobre los reclamos formales presentados y las medidas disciplinarias tomadas contra un proveedor de atención médica en los tres años inmediatamente anteriores. Para obtener más información sobre su plan de salud, llame al **1-800-208-8755 (TTY: 711)** o consulte los documentos de su plan.

## North Carolina

### Consultas al obstetra/ginecólogo

Toda mujer miembro de 13 años de edad o más puede consultar a cualquier obstetra/ginecólogo participante para lo siguiente:

- Un examen rutinario de bienestar para la mujer (incluida una prueba de Papanicolaou, cuando corresponda).
- Una cantidad ilimitada de consultas para problemas ginecológicos.
- Una cantidad ilimitada de consultas para atención de seguimiento.

## **Los miembros pueden pagar el costo compartido dentro de la red por servicios fuera de la red**

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

## **Oklahoma**

### **Presentación de reclamaciones**

Los médicos de la red de Aetna y otros proveedores de atención médica presentarán reclamaciones por usted. Sin embargo, es posible que usted deba presentar una reclamación para servicios cubiertos fuera de la red. Diríjase a [Aetna.com/individuals-families/using-your-aetna-benefits/find-form.html](https://www.aetna.com/individuals-families/using-your-aetna-benefits/find-form.html) para descargar e imprimir un formulario de reclamación. También puede llamar al número de teléfono que figura en su identificación de miembro para solicitar dicho formulario. El formulario de reclamación incluye las instrucciones completas, incluida la documentación que debe enviar con él. Determinamos cómo y cuándo se paga una reclamación de acuerdo con los términos y las condiciones del plan de cobertura de salud y nuestras políticas de cobertura interna.

### **Ley de Protección al Paciente con Cáncer de Mama de Oklahoma**

Además de los beneficios provistos conforme a la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998, la Ley de Protección al Paciente con Cáncer de Mama de Oklahoma requiere que los planes brinden los siguientes beneficios:

- Para los miembros que reciben beneficios relativos a una mastectomía médicamente necesaria, el plan también debe cubrir al menos 48 horas de atención para el paciente internado después de la mastectomía, a menos que el miembro y el médico tratante determinen que una hospitalización más corta sea adecuada.
- Para los miembros que reciben una disección de ganglios linfáticos, el plan debe cubrir al menos 24 horas de atención para el paciente internado después de la disección de los ganglios linfáticos,

a menos que el miembro y el médico tratante determinen que una hospitalización más corta sea adecuada.

- Para los miembros que reciben beneficios relativos a una mastectomía parcial o total médicamente necesaria, el plan debe cubrir la cirugía reconstructiva de mama realizada como consecuencia de la mastectomía, excepto que lo prohíban las leyes federales o las regulaciones de Medicaid. Cuando la cirugía reconstructiva se realiza en una mama enferma, el plan cubrirá todas las etapas de la cirugía reconstructiva realizada en la mama no afectada para establecer simetría con la mama enferma. Los ajustes realizados en la mama no afectada deben ocurrir dentro de los 24 meses posteriores a la reconstrucción de la mama enferma.

## **Oregón**

### **Cobertura de anticonceptivos y otros servicios, medicamentos, dispositivos, productos y procedimientos**

Los planes de beneficios de salud de Oregón brindan una cobertura integral de atención médica reproductiva. La cobertura incluye lo siguiente:

- Cuidado del bienestar de la mujer.
- Asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual, incluidas, entre otras, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- Exámenes de detección para las siguientes afecciones:
  - a. Clamidia
  - b. Gonorrea
  - c. Hepatitis B
  - d. Hepatitis C
  - e. VIH y SIDA
  - f. Virus del papiloma humano
  - g. Sífilis
  - h. Anemia
  - i. Infección del tracto urinario
  - j. Embarazo
  - k. Incompatibilidad de Rh
  - l. Diabetes gestacional
  - m. Osteoporosis
  - n. Cáncer de mama
  - o. Cáncer de cuello de útero

- Examen de detección para determinar si está indicado el asesoramiento relacionado con las mutaciones genéticas BRCA1 o BRCA2 y, si está indicado, asesoramiento relacionado con las mutaciones genéticas BRCA1 o BRCA2
- Examen de detección y asesoramiento o intervenciones adecuadas para el consumo de tabaco y la violencia doméstica e interpersonal
- Suplementos de ácido fólico
- Aborto
- Apoyo integral, asesoramiento y suministros para la lactancia
- Asesoramiento en quimioprevención del cáncer de mama
- Medicamentos, dispositivos o productos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)
- Esterilización voluntaria

La cobertura generalmente se brinda sin deducible ni costo compartido, a menos que tenga cobertura de un plan de salud calificado con deducible alto. Sin embargo, si tiene cobertura en un plan grupal adquirido por un empleador religioso, su empleador puede optar por no incluir la cobertura de anticonceptivos o procedimientos de aborto. Consulte su documento Resumen de beneficios y cobertura o su folleto de beneficios de salud para obtener una descripción completa de su cobertura de atención médica reproductiva.

## Rhode Island

### Base de datos de reclamaciones de todos los pagadores (APCD)

La Base de datos de reclamaciones de todos los pagadores de Rhode Island (APCD) proporciona informes sobre la calidad, el costo y las reformas de la atención médica. Los encargados de elaborar las políticas la usarán para ayudarlos a tomar mejores decisiones con respecto a la calidad de la atención médica. Todas las aseguradoras de salud de Rhode Island envían información a la APCD. Toda la información enviada a la APCD es anónima. Para mantener su privacidad, no enviaremos la siguiente información a la APCD: su nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, número del Seguro Social, ni cualquier otra información que pueda identificarlo.

Puede excluir su información de la APCD. Para hacerlo, diríjase a **RIAPCD-OptOut.com** o llame gratis a la Asistencia al consumidor del seguro de salud de Rhode Island al **1-855-747-3224**.

¿Tiene preguntas?

- Correo electrónico: Base de datos de reclamaciones de todos los pagadores de Rhode Island en **OHIC.RIAPCD@ohic.ri.gov**
- Teléfono: Número gratuito de Asistencia al consumidor del seguro de salud de Rhode Island al **1-855-747-3224**

## Tennessee

### Atención de la vista de rutina

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

## West Virginia

### Medicamentos y dispositivos anticonceptivos

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

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

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

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, servicios de traducción u otros servicios, comuníquese con el número que figura en su identificación.

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

Civil Rights Coordinator,

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de HMO de CA: PO Box 24030 Fresno, CA 93779), **1-800-648-7817**, **TTY: 711**, Fax: **859-425-3379** (clientes de HMO de CA: **860-262-7705**).

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles en el Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU., que se encuentra disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o en la siguiente dirección: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamando al **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.



TTY: 711

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

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

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

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

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

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

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

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

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

言語サービスを無料でご利用いただくには、1-888-982-3862 までお電話ください。 (Japanese)

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

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

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

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

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

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