

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.

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 **1-888-772-9682**.

¿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?

Las siguientes clases tienen derecho de inscribirse 30 días a partir de la fecha de su primera asignación; Clase 1: Los empleados temporeros proporcionados por Insurance Overload Staffing Systems; Clase 2: personal de planilla. 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 o pareja doméstica registrada 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. La edad del dependiente y las condiciones para calificar pueden variar por estado.

¿Cuándo comienza la cobertura?

La cobertura es vigente el primer día del período de pago después del período de pago en el que se hace una deducción.

¿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 5 de junio.

¿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, llamando al número de teléfono sin cargo de SRC **1-888-772-9682**, o escribiendo a Strategic Resource Company, Attn: Claims Department, P.O. Box 14079, Lexington, KY 40512-4079.

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



La inscripción abierta comienza el 1 de junio y termina el 30 de junio de 2011.

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 **1-888-772-9682**.

¿Recién contratado? Tiene 30 días desde la fecha de su primera asignación para inscribirse.

Recorte su identificación temporal de miembro sobre las líneas entrecortadas.

	DOI	
MEDICAL/DENTAL PPO		AETNA VOLUNTARY PLANS
INSURANCE OVERLOAD STAFFING INC.		BIN# 610502
COMPANY NO.: 800194		RX
EMPLOYEE NAME: _____		AND COVERED DEPENDENTS _____
FOR MEMBER SERVICES CALL	1-888-772-9682	
PAYOR NUMBER 57604 0039		

Aetna Life Insurance Company

Nombre de la compañía Insurance Overload Staffing Inc.	Número de grupo 800194	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 1-888-772-9682.

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**

$$\text{Número de períodos de pagos pendientes} \times \$ \text{Monto de la deducción por período de pago} = \$ \text{Fecha de pago de la prima completa}$$

¿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 **1-888-772-9682**.

¿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 **1-888-772-9682**, 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.

Claims incurred in Louisiana will be paid within 30 days of receipt of a correctly completed uniform claim form.

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 **1-888-772-9682** 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). 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.



¡Usted puede obtener cobertura de seguro médico económico a tarifas de grupo!

Planes voluntarios de Aetna
Plan de seguro de beneficios limitados*



No se le puede negar
cobertura económica

Descuentos
especiales

Información y
herramientas para
tomar una decisión
saludable

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

*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.

¿Le conviene el plan de seguro de *Aetna Affordable Health Choices*®?

Piense en las siguientes preguntas...

- ¿Alguna vez ha dejado de ir a una cita con el médico porque no tenía seguro?
- ¿Ha dejado de tratarse una enfermedad hasta que estuvo tan enfermo que no pudo ir a trabajar?
- ¿Se confía en los viajes a la sala de emergencia para recibir atención médica porque, sin seguro, no tiene un médico de familia?
- ¿Usted compra medicamentos de venta libre en lugar de ir al médico o de obtener un medicamento bajo receta?
- ¿Desea visitar al mismo médico que conoce su historia médica y puede ofrecerle tratamiento apropiado para usted?

Si respondió "sí" a cualquiera de estas preguntas y la mayoría de sus gastos médicos responden a enfermedades o lesiones menores, ¡el plan de *Aetna Affordable Health Choices*® podría ser apropiado para usted! Sin embargo, si tiene una enfermedad crónica o espera tener necesidades médicas significativas durante el próximo año, posiblemente le convengan otras opciones de seguro médico.

Seis razones por qué debe inscribirse en el plan de *Aetna Affordable Health Choices*®...

1. **Cobertura económica** — Puede obtener cobertura a tarifas de grupo reducidas de una aseguradora médica líder, Aetna.
2. **Aceptación garantizada** — No se le puede negar cobertura durante su período de inscripción.
3. **Tarjeta de identificación de Aetna y descuentos de la red** — Su tarjeta de identificación de Aetna le da acceso a descuentos de proveedores médicos que pertenecen a la red, típicamente del 30 al 50 por ciento.*
4. **No hay que presentar reclamos** — Los proveedores que pertenecen a la red presentan reclamos en su nombre, lo cual usted tiene que pagar sólo su parte del costo al momento del servicio.
5. **Descuentos y programas** — Acceso a servicios y descuentos que puede usar cada día están incluidos en el plan sin costo adicional (revise el panel de atrás).
6. **Servicios profesionales al cliente** — Representantes de servicio al cliente capacitados, números de teléfono sin cargo, servicios multilingües, acceso a formularios e información adicional en Internet y todo diseñado para hacerlo más fácil para usted.

*Datos de la red de Aetna.



Hola, soy Cindy

Su empleador le está dando la oportunidad de inscribirse en el plan de *Aetna Affordable Health Choices*®. Estoy aquí para explicarle el plan en más detalle. El plan de *Aetna Affordable Health Choices* es un plan de seguro de beneficios limitados creado para empleados sin beneficios médicos.

Este plan le ayuda a pagar los costos de la atención médica de todos los días, como visitas al consultorio del médico, medicamentos bajo receta y hospitalizaciones cortas. No es un plan médico tradicional (como un plan médico mayor) que sería más completo y cubriría gastos médicos mayores originados por enfermedades o accidentes mayores.

Tomemos unos minutos para ver algunas cosas importantes que tiene que saber antes de inscribirse en el plan.



Todos los seguros no son iguales. ¡Veamos!

El seguro médico tradicional y el plan de *Aetna Affordable Health Choices* se han diseñado para ayudarle a tener acceso a la atención médica y reducir sus gastos de bolsillo. Pero hay algunas diferencias importantes. Veamos las diferencias y similitudes entre el seguro tradicional y el plan de *Aetna Affordable Health Choices*.

	Seguro médico tradicional	Plan de <i>Aetna Affordable Health Choices</i>
Necesidades médicas abordadas	Cubre todas las situaciones, incluyendo enfermedades graves y crónicas y hospitalizaciones extensas	Enfermedades menores y hospitalizaciones cortas
Máximo de beneficios	No hay máximo anual Máximos de por vida ilimitados o altos	Máximos anuales
Limitaciones	Contiene límites sobre ciertos tipos de servicios	Límites incluyendo montos en dólares por visita o servicio, o un número limitado de visitas
Descuentos en tarifas médicas	Sí	Sí
Copagos por visitas al consultorio	Sí	Sí
Descuentos de farmacia	Sí	Sí
Costo de la cobertura	Más alto	Más bajo

Estos son algunos términos de seguro que debe saber

Le quiero explicar algunos de los términos que verá para ayudarle a entender cómo funciona su plan

Deducible — La cantidad que usted paga por los gastos elegibles antes de que el plan comience a pagar los beneficios. Un deducible puede corresponder a un servicio, visita, suministro o año de cobertura.

Copago — Un monto fijo que debe pagar por un servicio médico después de haber alcanzado su deducible. En algunos casos, puede ser responsable del abono de un copago así como de un porcentaje de los cargos remanentes.

Cargos de hospitalización — Los cargos por su hospitalización en un hospital u otro centro de hospitalización, incluyendo la habitación y comida (la tarifa diaria por habitación), servicios profesionales para pacientes internados y otros servicios hospitalarios.

Cargos por servicios ambulatorios — El monto que cobran los consultorios médicos, clínicas independientes y centros ambulatorios por su visita, y los servicios y suministros recibidos. También incluyen los cargos en hospitales cuando usted no es hospitalizado, incluyendo los cargos de la sala de emergencia.

Resumen de Beneficios — Un resumen general de los beneficios de su plan, que explica cuánto pagará el plan por ciertos tipos de servicios y detalla las exclusiones y limitaciones del plan. Por favor lea detenidamente antes de inscribirse.

Cómo funciona el plan de Aetna Affordable Health Choices

Este es un ejemplo general de cómo funciona un plan de seguro de beneficios médicos limitados de Aetna. Su plan funciona de la misma forma, pero puede tener montos de copagos, deducibles o limitaciones diferentes. Siempre consulte su **Resumen de Beneficios** para ver lo que su plan específico paga.

La columna de la izquierda muestra lo que el plan pagará por sus **gastos ambulatorios**. La columna de la derecha muestra lo que el plan cubrirá si lo hospitalizan, o los **cargos de hospitalización**.

Ayuda en cualquier idioma

Si necesita ayuda en cualquier idioma, llame a Servicios al Miembro al 1-888-772-9682.



Este ejemplo se basa en el uso de proveedores preferidos que pertenecen a la red.

Cobertura de cargos ambulatorios

(Consulte su Resumen de Beneficios para obtener copagos, número de visitas y monto en dólares de cobertura específicos que paga su plan.)

Visitas al consultorio médico

El plan paga: 5 visitas

Usted paga:

- Un copago por visita
- Por cualquier visita que supere 5

Este es el cargo por la visita misma. No incluye ningún otro servicio al consultorio.

Servicios diagnósticos, quirúrgicos, y otros servicios y suministros ambulatorios

El plan paga: \$400

Usted paga:

- Un copago de \$15 por visita
- Cualquier monto que supere \$400

Visitas a la sala de emergencia

El plan paga: \$1,000

You pay:

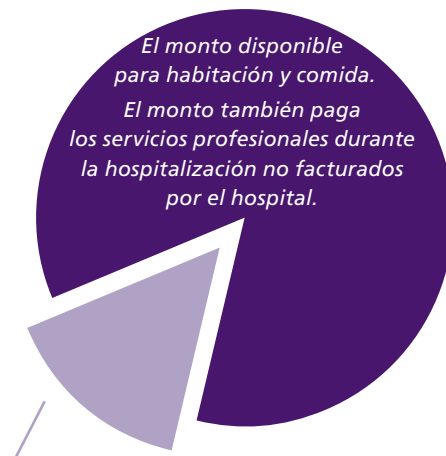
- Deducible de \$100 por año de cobertura
- Cualquier monto que supere \$1,000

Medicamentos bajo receta

Consulte el Resumen de Beneficios para obtener detalles.

Cobertura de cargos de hospitalización

El círculo muestra el máximo beneficio de hospitalización anual seleccionado por su empleador. (Consulte su Resumen de Beneficios para obtener el monto en dólares total.)



Esta parte del beneficio total es un límite en dólares por los servicios hospitalarios adicionales a la habitación y comida.

(Consulte su Resumen de Beneficios para obtener el límite del monto en dólares de otros servicios hospitalarios.)

Usted paga:

- Deducible de \$250
- 20% de los cargos negociados dentro de la red hasta el beneficio máximo de su plan.
- Cualquier cargo sobre el límite de otros servicios hospitalarios o el máximo de hospitalización.

Si el costo del servicio supera los límites del plan, usted será responsable del monto en exceso.

Mire la forma en que el plan paga algunos servicios médicos comunes y le ahorra dinero

Estos ejemplos muestran lo que usted pagaría con y sin seguro.

Visitas al consultorio médico*

Susana fue al médico para recibir tratamiento por una enfermedad. El médico ordenó radiografías y dos medicamentos bajo receta. Los cargos totales del tratamiento fueron \$450.

	Sin seguro	Con el plan de Aetna Affordable Health Choices				
	Cargos facturados	Proveedor no preferido (fuera de la red)		Proveedor preferido (dentro de la red)		
		El plan paga	Susana paga	Cargo negociado de la red	El plan paga	Susana paga
Visitas al consultorio médico	\$150	\$112	\$38	\$70	\$60	\$10
Medicamento bajo receta genérico**	\$30	\$20	\$10	\$5	\$0	\$5
Medicamento bajo receta de marca**	\$120	\$35	\$85	\$20	\$0	\$10
Examen radiológico	\$150	\$108	\$42	\$45	\$30	\$15
Totales	\$450	\$275	\$175	\$140	\$90	\$50

Al usar la cobertura de Aetna Affordable Health Choices con un médico que pertenece a la red, **Susana redujo la cantidad que pagó de bolsillo de \$450 a \$50, lo que le ahorró \$400.**

Hospitalización corta*

Tania tuvo una cirugía menor que requirió una estadía de dos días en el hospital. Los cargos totales de la hospitalización fueron \$10,500.

	Sin seguro	Con el plan de Aetna Affordable Health Choices				
	Cargos facturados	Proveedor no preferido (fuera de la red)		Proveedor preferido (dentro de la red)		
		El plan paga	Tania paga	Cargo negociado de la red	El plan paga	Tania paga
FACTURA DEL HOSPITAL						
RoHabitación y comida (2 días)	\$3,200 \$3,800	\$1,770 \$1,000 [†]	\$1,430 \$2,800	\$1,920 \$2,280	\$1,336 \$1,000 [†]	\$584 \$1,280
Otros servicios hospitalarios [†]						
FACTURAS DE PROFESIONALES INDEPENDIENTES						
Factura del anesthesiólogo	\$800	\$480	\$320	\$480	\$384	\$96
Factura del cirujano	\$2,700	\$1,620	\$1,080	\$1,620	\$1,296	\$324
Totales	\$10,500	\$4,870	\$5,630	\$6,300	\$4,016	\$2,284

Al usar la cobertura de Aetna Affordable Health Choices con proveedores que pertenecen a la red, **Tania pudo reducir su cuenta médica de \$10,500 a \$2,284 con un ahorro de costos de bolsillo de \$8,216.**

Note los ahorros por usar un médico u hospital que pertenecen a la red. Si usa un proveedor médico que no pertenece a la red de Aetna, podría ser responsable por la diferencia entre lo que el proveedor le factura y lo que el plan de Aetna paga, que podría ser grande.

*Estos ejemplos generales tienen el propósito de ilustrar los ahorros que podría tener con el plan de beneficios limitados de Aetna. Los ejemplos pueden no ser específicos a su plan. Su plan puede no pagar las mismas cantidades y usted puede no necesitar los mismos servicios. El monto de los descuentos de la red aplicados variará de acuerdo con las tarifas negociadas con el proveedor. El monto que el plan paga variará dependiendo del diseño del plan. Estos ejemplos suponen que no se ha llegado a los deducibles anuales y los límites internos del plan se aplican a ciertos servicios, que se ven reflejados en las columnas que muestran lo que la persona debe.

**Supone un beneficio mensual de \$35, con un copago de \$10 por medicamentos genéricos y \$20 por medicamentos de marca.

[†]Ilustra el límite de \$1,000 sobre otros servicios hospitalarios. Otros servicios hospitalarios son ciertos cargos adicionales a la habitación y comida que el hospital factura cuando se le hospitaliza. No incluyen los cargos facturados por los profesionales médicos por los servicios provistos durante una hospitalización, por ejemplo, la tarifa del cirujano. Por favor lea la información de su inscripción detenidamente para obtener detalles.

El uso de un proveedor que pertenece a la red puede estirar sus dólares de beneficios

El término "dentro de la red" o "proveedor preferido" describe a los médicos, hospitales y otros profesionales de la salud que trabajan con Aetna para cobrar tarifas más bajas por servicios médicos, normalmente de 30 a 50 por ciento más bajas que los cargos completos. Esto le puede ahorrar mucho dinero. Los proveedores que no pertenecen a la red no tienen un contrato con Aetna de tarifas negociadas (más bajas), por lo que el monto que se le cobre podría ser mayor que el que le hubiera cobrado un proveedor que pertenece a la red.

Y recuerde, siempre debe ir a la sala de emergencia hospitalaria más cercana en caso de emergencia médica, sin embargo, puede reducir sus gastos de bolsillo incluso más si visita a una clínica de atención sin citas o centro de atención de urgencia para recibir atención médica que no es de emergencia.

Siempre verifique si su médico pertenece a la red

El directorio de Internet *DocFind*[®] de Aetna le ayuda a encontrar un médico o especialista en su área. Por ejemplo, puede buscar a un pediatra en su código postal o a un médico afiliado con un hospital cercano. También incluye mapas y direcciones al consultorio del médico e incluso le deja buscar el género e idiomas del médico. Simplemente visite al sitio de Internet www.aetna.com/docfind/custom/avp/ o llame al 1-888-772-9682.

Su plan de *Aetna Affordable Health Choices* también incluye una variedad de programas de descuento

Descuentos de libros de Aetna BookSM

Acceso a 10 por ciento de descuento en la compra por Internet de cualquier libro o DVD de la librería MayoClinic.com.

Programa de descuento para la salud física de Aetna FitnessSM

Acceso a tarifas preferidas en membresías en el gimnasio y descuentos en programas para bajar de peso en casa, opciones de salud física en casa, y servicios de instrucción sobre la salud individual a través de GlobalFitTM.

Programa de descuento para la audición de Aetna HearingSM

Acceso a descuentos de más o menos 25 por ciento en audífonos y exámenes de la audición de HearPO[®]

Programa de descuento de productos y servicios naturales de Aetna Natural Products and ServicesSM

Acceso a tarifas reducidas por los servicios de proveedores participantes de acupuntura, atención quiropráctica, terapia de masajes y consejería dietética, y descuentos en vitaminas de venta libre, productos herbales y suplementos dietéticos, así como productos naturales.

Programa de descuento para la vista de Aetna VisionSM

Acceso a descuentos en exámenes de la vista, lentes y marcos cuando usa la red EyeMed Select y descuentos en la cirugía LASIK.

Programa de descuento para el control del peso de Aetna Weight ManagementSM

Acceso a descuentos en los programas y productos para bajar de peso de Jenny Craig[®] y acceso a un 30 por ciento de descuento en las tarifas mensuales de membresía por eDiet, una dieta en un sitio de Internet, para la aptitud física y la vida saludable.

Este material sólo tiene fines informativos. Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Aetna. Los proveedores que pertenecen a la red pueden cambiar sin aviso. Aetna no proporciona atención médica ni garantiza el acceso a servicios médicos. Los planes de seguro médico contienen exclusiones y limitaciones. Los programas de descuento ofrecen acceso a precios reducidos y NO son beneficios asegurados. El miembro es responsable por el costo completo de los servicios con descuento. No todos los servicios médicos están cubiertos. Vea los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, exclusiones, limitaciones y condiciones de la cobertura.

Las características y disponibilidad del plan pueden variar por ubicación y están sujetas a cambio. Aetna recibe descuentos de los fabricantes de medicamentos que puede tomar en cuenta al determinar el Listado de medicamentos preferidos de Aetna. Los descuentos no reducen el monto que el miembro paga en la farmacia por los medicamentos cubiertos. Si bien se cree que la información dada es precisa a la fecha de producción, está sujeta a cambios.

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

Programa de descuento para la salud oral

Acceso a descuentos en productos para la salud oral que incluyen mentas xylitol, enjuagues bucales, goma de mascar, caramelos, pasta de dientes Epic, y ahorros exclusivos en los chorros de agua dentales y cepillos de dientes sónicos de Waterpik[®].

Descuentos Zagat

Acceso a un 30 por ciento de descuento en una suscripción gratis en Internet a Zagat.com que le permite un 25 por ciento de descuento en todas las compras de su tienda de Internet, que tiene un listado de 40,000 restaurantes, clubes nocturnos, hoteles y atracciones en todo el mundo.

Para obtener más información sobre estos programas de descuento visite el sitio de Internet www.aetna.com/docfind/custom/aahc.

Exclusiones médicas:

- Todos los servicios médicos u hospitalarios 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 cosmética, incluyendo la 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.

Exclusiones y limitaciones médicas

Este plan no cubre todos los gastos de atención médica y tiene exclusiones y limitaciones. Los miembros deben consultar su folleto certificado para determinar qué servicios de atención médica están cubiertos y hasta qué punto. Lo siguiente es una lista parcial de los servicios y suministros que generalmente no están cubiertos. Sin embargo, su plan puede tener 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 recibí 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 ni a los niños menores de 19 años de edad, incluyendo recién nacidos o niños inscritos 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, puede reducir la duración de este período de exclusión por el número de días de su "cobertura comprobable" previa. La mayoría de cobertura médica anterior constituye una cobertura comprobable y puede usarse para reducir el período de exclusión por condiciones preexistentes si no ha tenido una interrupción de cobertura durante por lo menos 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.

- Servicios de infertilidad, incluyendo, sin limitaciones, la inseminación artificial y las tecnologías reproductivas avanzadas.
- Servicios o suministros que no son 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
- Enfermería especializada
- El tratamiento de alcoholismo, abuso de drogas y trastornos mentales o del comportamiento (excepto cuando sea un mandato del estado)

La Ley de Cuidado de la Salud Asequible prohíbe que los planes médicos apliquen límites en dólares arbitrarios en los beneficios clave. Este año, si un plan aplica un límite en dólares sobre la cobertura que proporciona para beneficios clave en un año, el límite no podrá ser inferior a \$750,000.

Su cobertura de seguro médico, ofrecida por Aetna Life Insurance Company, no cumple con las normas mínimas requeridas por la Ley de Cuidado de la Salud Asequible. En vez, tiene los siguientes límites anuales:

Límites de cobertura médica

Lo máximo que este plan pagaría por año de cobertura por:

Visitas al consultorio médico	5 visitas
Visitas a la sala de emergencia	\$1,000
Servicios hospitalarios que no sean cargos diarios por cuarto	\$1,000
Cargos hospitalarios diario por cuarto y servicios profesionales de paciente hospitalizado	\$10,000
Servicios diagnósticos y quirúrgicos u otros servicios y suministros ambulatorios	\$600

Lo máximo que este plan pagaría de medicamentos bajo receta por mes \$50

Para solicitar los límites más bajos descritos arriba, su plan médico pidió una exención del requerimiento de que la cobertura de beneficios clave tenga un límite de por lo menos \$750,000 este año. Esa exención fue otorgada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. de acuerdo con la declaración de su plan médico indicando que proporcionar \$750,000 en cobertura para beneficios clave este año originaría un aumento en las primas o una reducción significativa en su acceso a los beneficios. La exención tiene una validez de un año.

Si le preocupa tener límites reducidos, pueden haber otras opciones de cobertura médica disponibles para usted y sus familiares. Para obtener más información, visite el sitio de Internet: www.HealthCare.gov.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre este aviso, por favor comuníquese con SRC, una compañía de Aetna, al 1-888-772-9682.

Algunos estados ofrecen un Programa de Asistencia para el Consumidor para ayudarle a entender sus opciones de cobertura médica. Para obtener más información, visite el sitio de Internet: www.HealthCare.gov/news/factsheets/capgrants_states.html

RESUMEN DE BENEFICIOS**Planes de seguro voluntarios de Aetna**

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

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.

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**.

Médico

Cobertura por cargos ambulatorios	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.)
Visitas al consultorio médico		
<i>Este es el cargo de la visita misma. Puede no incluir todos los servicios que ocurren en el consultorio del médico, como servicios diagnósticos o quirúrgicos.</i>		
Beneficio máximo por año de cobertura	5 visitas	Igual que preferido
Copago/deducible por cada visita	Copago de \$10	Deducible de \$10
Porcentaje de los cargos restantes que usted paga	Ninguno (el plan paga 100% hasta llegar al beneficio máximo)	20%
Servicios y suministros de diagnóstico, quirúrgicos y otros ambulatorios		
Beneficio máximo por año de cobertura	\$600	Igual que preferido
Copago/deducible por cada visita	Copago de \$15	Deducible de \$15
Porcentaje de los cargos restantes que usted paga	Ninguno (el plan paga 100% hasta llegar al beneficio máximo)	20%
Visitas a la sala de emergencias		
Beneficio máximo por año de cobertura	\$1,000	Igual que preferido
Deducible por año de cobertura	\$100	Igual que preferido
Porcentaje de los cargos restantes que usted paga	Ninguno (el plan paga 100% hasta llegar al beneficio máximo)	Igual que preferido
Cobertura por cargos de hospitalización	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 año de cobertura (No todos los cargos de hospitalización se pagan hasta el límite anual máximo. Revise detenidamente los siguientes límites de Otros Servicios Hospitalarios.)	\$10,000	Igual que preferido
Límite de Otros Servicios Hospitalarios por año de cobertura	\$1,000	Igual que preferido
<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>		
Deducible por año de cobertura		
Individual	\$250	Igual que preferido
Familiar (cuando se llegue a 2 deducibles individuales)	\$500	Igual que preferido
Porcentaje de los cargos restantes que usted paga	20%	40%

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 hacia ningún otro límite o máximo de beneficios.) Monto que usted paga por cada receta médica	\$50	Igual que preferido
Medicamentos genéricos	Copago de \$10	50%
Medicamentos de marca	Copago de \$20	50%

Para usar su beneficio de farmacia en una farmacia preferida:

- A) Presente su tarjeta de identificación de Aetna 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) 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.

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.

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/aaahc.

Fuera del área: Si no hay un proveedor preferido en su área, el plan cubrirá el tratamiento por un proveedor no preferido y su copago, coseguro y deducible se determinarán como si dicho proveedor fuese un proveedor preferido. Sin embargo, usted será responsable por cualquier monto que el proveedor no preferido le facture por encima del cargo reconocido. Tenga en cuenta que si viaja a un área que tiene un proveedor preferido y usa un proveedor de atención médica no preferido, no será elegible para recibir los beneficios aplicables al proveedor preferido.

Emergencia médica: Los beneficios por servicios en la sala de emergencia serán pagados de acuerdo con la tarifa de los proveedores preferidos sin importar si el proveedor es preferido o no preferido. El plan pagará el monto total de la factura de un proveedor no preferido hasta que se agoten los límites de su plan para dicho tipo de servicio. Sin embargo, usted será responsable por cualquier monto por encima de los límites de su plan.

Cuando se inscribe en la cobertura médica, también recibirá:**Descuentos* para la vista de Aetna VisionSM**

Descuentos para la vista de *Aetna VisionSM*, 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. 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.

*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 miembros 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:**Plan hospitalario****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**.

Esta póliza no cumple con las normas de cobertura comprobable mínima de **Massachusetts**.

Exclusiones y limitaciones del plan 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. 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). **Sin embargo, su plan puede contener excepciones a esta lista de acuerdo con los mandatos estatales o con el diseño del plan comprado.**

Cuidado de la vista**Exámenes de la vista**

Reembolso de hasta \$100 cada 12 meses por un examen, monturas, lentes o lentes de contacto.

Los beneficios y descuentos se aplican a cada persona con cobertura. Las tarifas de otros servicios deberán ser pagadas por usted. El período de beneficios consiste en 12 meses consecutivos desde la fecha de vigencia o su examen de la vista más reciente cubierto por este plan. La cobertura no está disponible si vive y trabaja en **New Hampshire**.

Quando se inscribe en la cobertura para el cuidado de la vista, también recibirá:**Descuentos* para la vista de Aetna VisionSM**

Descuentos para la vista de *Aetna VisionSM*, 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**.

*Los programas de descuento proporcionan acceso a tarifas reducidas y no son beneficios asegurados. Este arreglo de descuento puede no estar disponible en **Illinois**.

Exclusiones del cuidado de la vista:

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.**

- Formación ortóptica para la vista, ayudas para la vista subnormales, cualquier prueba complementaria asociada.
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos o soporte de estructuras.
- Cualquier examen ocular o de la vista, o cualquier lente correctivo para la vista, requerido por un empleador como condición del empleo.

Plan dental

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

[†] 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**. Para ubicar a un proveedor preferido, llame sin cargo al **1-888-772-9682** o visite 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

Período de beneficios	Beneficios semanales hasta por 6 meses mientras está incapacitado.
Monto del beneficio	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.
Período de espera	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 **California, Hawaii, New Jersey, New York, Rhode Island y Puerto Rico.**

Exclusiones del seguro de incapacidad a corto plazo:

Este plan no cubre todas las circunstancias y tiene exclusiones y limitaciones. Los miembros deben consultar su folleto certificado para determinar qué circunstancias están cubiertas y hasta qué punto. Ésta es una **lista parcial** de las circunstancias que generalmente no están cubiertas. **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 autoinflijida 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 substancias.
- Enfermedades o lesiones ocupacionales.

Seguro de vida a plazo fijo y de muerte accidental

Beneficio de seguro de vida a plazo fijo del empleado	\$20,000
Beneficio de muerte accidental del empleado	\$20,000
Cobertura opcional de los dependientes	\$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 todas las circunstancias y tiene exclusiones y limitaciones. Los miembros deben consultar su folleto certificado para determinar qué circunstancias están cubiertas y hasta qué punto. Ésta es una **lista parcial** de las circunstancias que generalmente no están cubiertas. **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, toxina 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.

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 anesthesiólogos 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.

La Ley de Protección y Atención Médica Asequible para el Paciente (PPACA) y algunas leyes estatales ordenan que ciertos **servicios preventivos** sean cubiertos cuando usted visite a un proveedor preferido (que pertenece a la red). Los servicios preventivos cubiertos serán pagados por beneficios de su plan que pertenecen a la red de acuerdo con la naturaleza del servicio, como visitas al consultorio médico o diagnósticos, cirugías y otros servicios ambulatorios. Usted no tiene la obligación de pagar un deducible, copago o porcentaje de los cargos restantes para recibir los servicios preventivos de un proveedor preferido (que pertenece a la red). Por favor consulte los documentos de su 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 DICHS 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.

AVISO

SE LE PUEDE BRINDAR SERVICIOS MÉDICOS EN UN CENTRO MÉDICO QUE PERTENEZCA A LA RED POR MÉDICOS QUE TRABAJEN EN EL CENTRO MÉDICO QUE NO PERTENEZCAN A SU PLAN MÉDICO. USTED PODRÍA SER RESPONSABLE POR EL PAGO DE LA TOTALIDAD O PARTE DE LAS TARIFAS POR SERVICIOS RECIBIDOS FUERA DE LA RED, ADEMÁS DE LOS MONTOS QUE CORRESPONDEN AL COPAGO, COSEGURO, DEDUCIBLE Y A LOS SERVICIOS NO CUBIERTOS. PUEDE OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LOS MÉDICOS QUE PERTENECEN A LA RED Y LOS MÉDICOS QUE NO PERTENECEN A LA RED QUE TRABAJEN EN CENTROS MÉDICOS EN EL SITIO DE INTERNET DE SU PLAN MÉDICO O LLAMANDO AL CENTRO DE SERVICIO AL CLIENTE AL NÚMERO DE TELÉFONO DE SU PLAN MÉDICO.

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). 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.



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).

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

(anteriormente **Aetna Affordable Health Choices®**)

Formulario de elección

Complete este formulario y haga una copia para usted. Dé el original a su empleador.

SI NO ESTÁ CAMBIANDO SU COBERTURA ACTUAL, NO NECESITA COMPLETAR ESTE FORMULARIO.

A. INFORMACIÓN SOBRE USTED

Escriba su nombre en letra de imprenta (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono () _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____ Número de Seguro Social _____

B. SU ELECCIÓN

(Marque la casilla apropiada.)

No estoy actualmente inscrito y elijo....

- Inscribirme** en las coberturas seleccionadas abajo.*
- Declinar** esta oportunidad de participar.

Estoy actualmente inscrito y elijo....

- Cambiar** mi cobertura actual con las opciones seleccionadas abajo.*
- Cambiar** mi información personal, de dependiente y/o beneficiario.
- Retirar** mi opción de cobertura actual.

* Al seleccionar la(s) opción(es) de cobertura abajo, autorizo a mi empleador para que deduzca de mi cheque salarial cualquiera de las contribuciones exigidas.

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

C. SUS OPCIONES DE COBERTURA

Para cada cobertura que desee modificar: 1) Marque la casilla apropiada () para la acción que desee hacer (agregar/retirar/cambiar a); y 2) Marque la casilla apropiada () para quién se aplique esta acción.

SEGURO MÉDICO	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Cambiar a	(Anote el beneficiario y sus dependientes al dorso de este formulario) <input type="checkbox"/> Sólo usted.....\$ 32.11 <input type="checkbox"/> Usted más uno.....\$ 81.72 <input type="checkbox"/> Usted y familia.....\$ 121.37 La cobertura médica de beneficios limitados de grupo no está disponible si vive y trabaja en New Hampshire.	Costo semanal
PLAN HOSPITALARIO	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Cambiar a	(Anote sus dependientes al dorso de este formulario) <input type="checkbox"/> Sólo usted.....\$ 3.45 <input type="checkbox"/> Usted más uno.....\$ 6.90 <input type="checkbox"/> Usted y familia.....\$ 10.35 La cobertura no está disponible si vive y trabaja en New Hampshire.	Costo semanal
CUIDADO DE LA VISTA	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Cambiar a	(Anote sus dependientes al dorso de este formulario) <input type="checkbox"/> Sólo usted.....\$ 1.00 <input type="checkbox"/> Usted más uno.....\$ 1.70 <input type="checkbox"/> Usted y familia.....\$ 2.40 La cobertura no está disponible si vive y trabaja en New Hampshire.	Costo semanal
SEGURO DENTAL	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Cambiar a	(Anote sus dependientes al dorso de este formulario) <input type="checkbox"/> Sólo usted.....\$ 4.45 <input type="checkbox"/> Usted más uno.....\$ 8.90 <input type="checkbox"/> Usted y familia.....\$ 14.69	Costo semanal
INCAPACIDAD A CORTO PLAZO	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar	<input type="checkbox"/> Sólo usted.....\$ 3.50 La cobertura no está disponible si trabaja en California, Hawaii, New Jersey, New York, Rhode Island y Puerto Rico.	Costo semanal
SEGURO DE VIDA A PLAZO FIJO	<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Cambiar a	(Anote su beneficiario y dependientes al dorso de este formulario) <input type="checkbox"/> Sólo usted.....\$ 1.54 <input type="checkbox"/> Usted y familia.....\$ 1.88	Costo semanal

PARA USO DE SU EMPLEADOR ÚNICAMENTE

Identificación del empleado: _____ Fecha de empleo (MM/DD/AAAA): _____ Tipo de pago: _____ Deducción total: \$ _____

Código del centro o ubicación: _____ Firma autorizada: _____ Fecha de hoy (MM/DD/AAAA): _____



D. INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIARIO

Escriba en letra de imprenta el nombre del beneficiario (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido) Parentesco

Número de Seguro Social

E. INFORMACIÓN DE DEPENDIENTE

Marque aquí si tiene más dependientes y proporcione toda la información solicitada en una hoja aparte y adjúntela a este formulario.

<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Cambiar a	Escriba en letra de imprenta el nombre del dependiente (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)		Número de Seguro Social		
	Parentesco: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____				
	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Si su hijo/a es mayor de 18 años, es: <input type="checkbox"/> ¿Estudiante a tiempo completo? <input type="checkbox"/> ¿Incapacitado?		Fecha de nacimiento
	Inscrito en la(s) siguiente(s) cobertura(s): <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Plan Hospitalario <input type="checkbox"/> Cuidado de la vista <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida a plazo fijo				
Si este dependiente vive en una dirección diferente a la suya, escribala aquí:		Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Cambiar a	Escriba en letra de imprenta el nombre del dependiente (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)		Número de Seguro Social		
	Parentesco: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____				
	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Si su hijo/a es mayor de 18 años, es: <input type="checkbox"/> ¿Estudiante a tiempo completo? <input type="checkbox"/> ¿Incapacitado?		Fecha de nacimiento
	Inscrito en la(s) siguiente(s) cobertura(s): <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Plan Hospitalario <input type="checkbox"/> Cuidado de la vista <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida a plazo fijo				
Si este dependiente vive en una dirección diferente a la suya, escribala aquí:		Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
<input type="checkbox"/> Agregar <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Cambiar a	Escriba en letra de imprenta el nombre del dependiente (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido)		Número de Seguro Social		
	Parentesco: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____				
	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Si su hijo/a es mayor de 18 años, es: <input type="checkbox"/> ¿Estudiante a tiempo completo? <input type="checkbox"/> ¿Incapacitado?		Fecha de nacimiento
	Inscrito en la(s) siguiente(s) cobertura(s): <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Plan Hospitalario <input type="checkbox"/> Cuidado de la vista <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida a plazo fijo				
Si este dependiente vive en una dirección diferente a la suya, escribala aquí:		Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

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

EVENTOS DE VIDA PERMISIBLES

A. 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. Debe presentar este formulario, junto con la documentación, a su empleador en el plazo de 31 días de la POC. Si tiene derecho a esta inscripción especial, complete las **secciones A y B** (en la primera página) luego pase a la lista a la derecha y llene la casilla que identifique su POC, proporcione la fecha de la POC y termine de completar este formulario hasta la **sección E**. Cuando termine, haga una copia de este formulario y entréguela a su empleador con su documentación adjunta.

Marque la casilla con la descripción que identifique su **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 o pareja doméstica
- Pérdida de la elegibilidad como dependiente de su dependiente
- Otra pérdida de cobertura

Fecha de la POC:

B. CAMBIOS EN ESTADO CIVIL/FAMILIAR (CEC/F): Si actualmente está inscrito o previamente declinó cobertura, es posible que pueda agregar, aumentar, disminuir o retirar su cobertura cuando experimente ciertos eventos de CEC/F. Usted debe presentar este formulario, junto con su documentación, a su empleador en el plazo de 31 días del CEC/F. Si tiene derecho debido a un reciente CEC/F, complete las **secciones A y B** (en la primera página) luego pase a la lista a la derecha y llene la casilla que identifique su CEC/F, proporcione la fecha del CEC/F y termine de completar este formulario hasta la **sección E**. Cuando termine haga una copia de este formulario y entréguela a su empleador con su documentación adjunta.

Marque la casilla con la descripción que identifique su **CEC/F**.

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

Fecha del CEC/F:

Atención Residentes de Louisiana: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento.



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



Información importante para el consumidor

Para los planes *Aetna Affordable Health Choices*[®]

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 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, 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/. 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/. 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/.

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

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.