



Estamos a su lado

Plan de seguro por enfermedades graves de Aetna

Esté preparado para lo que viene después

La cobertura de enfermedades graves puede mantenerlo enfocado en su salud cuando más importa. Esta cobertura adicional puede ayudar a aliviar algunas preocupaciones financieras durante una etapa difícil de su vida.

¿Qué es el plan de seguro por enfermedades graves?

Con el plan de seguro por enfermedades graves de Aetna, se pagan beneficios cuando un médico le diagnostica una enfermedad o afección grave que esté cubierta, como un ataque cardíaco, un derrame cerebral, cáncer, entre otras.* Puede usar los beneficios para pagar los costos de desembolso por servicios médicos o sus gastos personales.

¿En qué se diferencia de un plan médico principal?

Con los planes médicos, se ayuda a pagarles a los proveedores los servicios y tratamientos. Sin embargo, no se cubren los costos inesperados que podría haber en caso de una enfermedad grave.

Con el plan de seguro por enfermedades graves de Aetna, se le pagan beneficios directamente a **usted**, brindándole dinero adicional cuando más lo necesita. Puede ayudar a cubrir las carencias, lo que lo convierte en un gran complemento de su plan médico principal.

* Consulte los documentos del plan para conocer todas las enfermedades cubiertas conforme al plan.

El plan de seguro por enfermedades graves de Aetna está asegurado por Aetna Life Insurance Company (Aetna).

[Aetna.com](https://www.aetna.com)

57.03.502.2 (02/21)

¿Cómo puede usar los beneficios de dinero en efectivo?

Es su decisión. Usted puede usar el dinero de la forma que quiera, por ejemplo, para lo siguiente:

- deducibles o copagos;
- hipoteca o alquiler;
- alimentos o facturas de servicios.

O puede usarlo para cualquier otra cosa que usted elija.

Fácil de usar

Con las herramientas en línea, gestionar su plan es fácil. Presente un reclamo en 90 segundos, o menos, si le han diagnosticado una enfermedad y los servicios tienen cobertura. Además, los beneficios se le pagan directamente a usted, con un cheque o por depósito directo.



¿Lo sabía?

Más de **1 de cada 3** estadounidenses tienen alguna enfermedad cardíaca, por lo que es la enfermedad más costosa de Estados Unidos, con costos que alcanzan una cifra combinada de \$555 mil millones.¹



Menos de qué preocuparse

Dan* sabe que hay antecedentes de enfermedad cardíaca en su familia. Cuando sufrió un ataque cardíaco, agradeció tener el plan de seguro por enfermedades graves de Aetna.

Presentó su reclamo en línea de forma sencilla, y le depositaron el dinero por los beneficios directamente en su cuenta bancaria. Por ser miembro de un plan médico de Aetna, no tuvo que subir ninguna factura médica.

Pudo usar el dinero para pagar los costos de desembolso por servicios médicos y otros gastos, como la cuota de la guardería de sus hijos.

A Simplified Claims Experience™

Regístrese en la aplicación **My Aetna Supplemental** o en el portal para miembros, **Myaetnasupplemental.com**. Podrá ver los documentos del plan, enviar reclamos y hacerles un seguimiento, y registrarse para el servicio de depósito directo. Los miembros de planes médicos de Aetna también tendrán acceso al portal desde **Aetna.com**.

Presentar un reclamo es fácil. Haga clic en "Report New Claim" (Registrar nuevo reclamo) y responda algunas preguntas breves. Presentar reclamos es aun más fácil para los miembros de planes médicos de Aetna. Con **Aetna Easy File™**, se usa información de su reclamo médico para procesar su reclamo del plan de seguro por enfermedades graves. Es decir, tendrá que hacer menos trámites. ¿No tiene un plan médico de Aetna? No hay problema; solo suba el archivo o una fotografía de su factura médica.

También puede imprimir y enviar por correo una forma de reclamo en papel a Aetna Voluntary Plans.



¹WebMD. Top 11 Medical Expenses (Los 11 gastos médicos principales). Noviembre de 2021 Disponible en: <https://www.webmd.com/healthy-aging/ss/slideshow-top-11-medical-expenses>. Consultado el 3 de junio de 2022.

* Este es un ejemplo ficticio de cómo podría funcionar el plan.

ESTE PLAN NO CUENTA COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA SEGÚN LA LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE. ES UN SUPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD Y NO REEMPLAZA LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL.

Se ofrecen beneficios limitados a través de este plan. Se pagan beneficios fijos en efectivo por los servicios cubiertos sin tener en cuenta los cargos reales del proveedor del cuidado de la salud. Mediante el pago de estos beneficios no se pretende cubrir el costo total del cuidado médico. Usted es responsable de asegurarse de que se paguen las facturas del proveedor. Estos beneficios se pagan de forma adicional a cualquier otra cobertura de salud que usted tenga. Este material solo tiene fines informativos. Los planes de seguro tienen exclusiones y limitaciones. No todos los servicios de salud están cubiertos. La cobertura está sujeta a las leyes y reglamentaciones vigentes, incluidas las sanciones económicas y comerciales. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura. Las características, las tarifas, los requisitos que se deben cumplir y la disponibilidad del plan pueden variar según el lugar y están sujetos a cambios. Para obtener más información sobre los planes de Aetna, visite **Aetna.com**.

Las formas de póliza emitidas en Oklahoma incluyen la siguiente: GR-96843, AL HCOC-VOL CI 01, AL HPOL-VOL CI 01.

Las formas de póliza emitidas en Misuri incluyen la siguiente: GR-96844 01, AL HCOC-VOL CI 01, AL HPOL-VOL CI 01.



AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

ENFERMEDADES ESPECIFICADAS / ENFERMEDAD CRÍTICA COBERTURA

RESUMEN DE COBERTURA (OUTLINE OF COVERAGE)

Lea su certificado atentamente. Este resumen de cobertura proporciona una breve descripción de las características importantes de su certificado. Este no es el contrato de seguros y sólo las disposiciones del certificado actual controlarán. La póliza en sí establece en detalle los derechos y las obligaciones de usted y Aetna. Es, por lo tanto, ¡muy importante que **usted** Lea Su Certificado Atentamente!

1. **La cobertura de enfermedad especificadas.** Esta categoría de cobertura está diseñada para proporcionar, a las personas aseguradas, cobertura limitada pagando los beneficios SOLO cuando determinadas pérdidas se producen como resultado de enfermedades especificadas. No se proporciona cobertura básica para el hospital, gastos básicos médicos quirúrgicos, o los principales gastos médicos.

Algunas notas sobre la manera en que utilizamos palabras:

- Algunas palabras aparecen en **negrita**. Los definimos en la sección *Glosario* de **su** certificado
 - Cuando decimos “**nosotros**”, “**nos**” y “**nuestro**”, **nos referimos a Aetna**.
 - Cuando decimos “**usted**” y “**su**”, **nos referimos al empleado**.
2. **Beneficios médicos.** Consulte las secciones del Programa de beneficios y Beneficios del certificado para obtener más información acerca de cuándo se pagan beneficios, cuáles son sus beneficios y si se aplican los **períodos de espera**.

3. **Excepciones, Reducciones**

Exclusiones: Beneficios bajo la póliza no se pagarán por cualquier enfermedad crítica, cáncer (invasivo), cáncer de seno (mama) o cáncer de piel especificado que se **diagnostica** o para los que se recibió la **atención** fuera de los Estados Unidos y sus territorios, o por cualquier pérdida causada en su totalidad o en parte por o como resultado total o parcial de los siguientes:

- Suicidio o intento de suicidio, lesiones autoinfligidas intencionalmente o **enfermedad**, todo intento de lesiones autoinfligidas intencionalmente, lesiones causadas por un acto autoinfligido o **enfermedad**, mientras este cuerdo o no, excepto como resultado de un trastorno diagnosticado en la versión más actual del Manual de Diagnóstico y Estadístico (DSM, por sus siglas en inglés);
- Participar en delitos graves;
- Cualquier acto de guerra, declarada o no, o la participación voluntaria en un motín, rebelión o conmoción civil.

Además, en cuanto a productos tóxicos y sustancias controladas: **Nosotros** no seremos responsables por cualquier pérdida sufrida o contraída como consecuencia de la **persona asegurada** por estar intoxicado o bajo la influencia de cualquier sustancia controlada a no ser administrada por consejo de un **médico**.

4. **Elegibilidad, finalización y Portabilidad.** Consulte las secciones de la elegibilidad, finalización de la cobertura y la disposición de Portabilidad del certificado para obtener información sobre la elegibilidad para la cobertura, finalización de la cobertura y Portabilidad.
5. **Prima o cuota.** El costo de la cobertura se incluye dentro de la prima o cuota pagada por **usted** y/o **su empleador** para el plan.

RESUMEN DE BENEFICIOS



Endeavor Parent, LLC dba WME IMG Holding, LLC
802795

Plan de Enfermedad crítica Plus con cáncer de Aetna

ESTO NO ES UN PLAN SUPLEMENTARIO DE MEDICARE. Si usted reúne los requisitos para Medicare, revise la Guía de Seguro de Salud para Personas con Medicare gratuita disponible de la empresa o en www.medicare.gov.

Este es un resumen de sus beneficios. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura.

Los planes de seguro están suscritos por Aetna Life Insurance Company.

Los beneficios en la siguiente tabla se pagarán cuando se le diagnostique una enfermedad crítica cubierta. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios y las limitaciones detallados aquí son por persona cubierta. Debe ocurrir la fecha del diagnóstico mientras que la cobertura para la persona asegurada esté en vigor; debe ser diagnosticado mientras su cobertura esté en vigencia.

Valor nominal

Beneficio cubierto	Monto del beneficio
Valor nominal del empleado	\$10,000
	\$20,000
	\$30,000
Valor nominal del cónyuge	50% del valor nominal del empleado
Valor nominal de hijo(s)	50% del valor nominal del empleado

Afecciones de Enfermedades críticas

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal (empleado):
<p>Ataque al corazón (infarto de miocardio) Paga un beneficio cuando se le diagnostica un infarto (infarto de miocardio) que deriva de un bloqueo de una o más arterias coronarias.</p>	100%
<p>Derrame cerebral Paga un beneficio cuando se le diagnostica un derrame cerebral que produce parálisis u otro defecto neurológico objetivo mensurable que persiste por lo menos 30 días.</p>	100%
<p>Condición de las arterias coronarias que requieren cirugía de bypass Paga un beneficio cuando se le diagnostica una afección de las arterias coronarias que requiere cirugía de derivación (bypass).</p>	50%
<p>Insuficiencia de los órganos principales Paga un beneficio cuando se le diagnostica insuficiencia orgánica aguda de corazón, riñón, hígado, pulmón o páncreas y que debido a ello se incluye a la persona asegurada en la lista de UNOS (Red Unida para Compartir Órganos) para recibir un trasplante.</p>	100%
<p>Etapas final de la enfermedad renal Paga un beneficio cuando se le diagnostica insuficiencia renal en etapa terminal, y la persona asegurada tiene que someterse a hemodiálisis o diálisis peritoneal periódicamente al menos una vez por semana.</p>	100%
<p>Parálisis Paga un beneficio cuando se le diagnostica parálisis que resulta en paraplejía o cuadriplejía (pérdida completa, total y permanente del uso de dos o más extremidades) confirmada por el médico a cargo de la persona asegurada. La parálisis debe continuar por un período de 60 días consecutivos.</p>	100%
<p>Pérdida de la vista (ceguera) Paga un beneficio cuando se le diagnostica pérdida de la vista (ceguera) que es la pérdida total e irreparable de la vista en ambos ojos. La pérdida de la vista (ceguera) tiene que continuar durante un período de 90 días consecutivos.</p>	100%
<p>Pérdida del habla Paga un beneficio cuando se le diagnostica la pérdida del habla que no puede corregirse en ningún grado funcional mediante ningún procedimiento, ayuda o dispositivo. La pérdida del habla debe continuar por un período de 90 días consecutivos.</p>	100%
<p>Pérdida de la audición Paga un beneficio cuando se le diagnostica la pérdida de la audición en ambos oídos, que no puede corregirse a ningún grado funcional mediante ningún procedimiento, ayuda o dispositivo. La pérdida de audición debe continuar por un período de 90 días consecutivos.</p>	100%

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal (empleado):
<p>Coma Paga un beneficio cuando se le diagnostica estado de coma, que se caracteriza por la ausencia de apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora, y la persona requiere intubación para recibir asistencia respiratoria (no se cubre el estado de coma inducido médicamente). El estado de coma debe durar 14 o más días consecutivos.</p>	100%
<p>Tumor cerebral benigno Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica un tumor cerebral benigno.</p>	100%
<p>Quemaduras de tercer grado Paga un beneficio cuando se le diagnostica una quemadura de tercer grado que cubre más del 10% de la superficie corporal total (también llamada quemadura de espesor total).</p>	100%
<p>Enfermedad de Alzheimer Paga un beneficio cuando un psiquiatra o neurólogo le diagnostica la enfermedad de Alzheimer.</p>	100%
<p>Enfermedad de Parkinson Paga un beneficio cuando un psiquiatra o neurólogo le diagnostica la enfermedad de Parkinson.</p>	100%
<p>Lupus Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica lupus.</p>	25%
<p>Esclerosis múltiple (MS) Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica esclerosis múltiple.</p>	25%
<p>Distrofia muscular Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica distrofia muscular.</p>	25%
<p>Beneficio de diagnóstico de Enfermedad crítica posterior El diagnóstico posterior de una enfermedad crítica cubierta diferente es pagadero en la cantidad original si se produce al menos 30 días después de la fecha anterior de diagnóstico para el cual se pagó un beneficio. Ningún beneficio es pagadero si el diagnóstico posterior se produce al menos 30 días más tarde.</p>	100%
<p>Beneficio de diagnóstico de Enfermedad crítica recurrente Si una persona asegurada se le ha diagnosticado inicialmente con una enfermedad crítica y recibió un beneficio para una enfermedad crítica y luego se diagnostica con la misma enfermedad crítica de nuevo, al menos 180 días después, pagaremos el porcentaje anteriormente indicado del beneficio como se indica en el Programa de Beneficios para la enfermedad crítica recurrente diagnosticada. Ningún beneficio es pagadero si la recurrencia se produce menos de 180 días después.</p>	100%

Afecciones críticas adicionales

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal (empleado):
Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica síndrome de dificultad respiratoria aguda (ARDS).	100%
Esclerosis lateral amiotrófica avanzada (ALS) Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica (ALS), también conocida como enfermedad de Lou Gehrig. La ALS no incluye otras enfermedades de neuronas motoras.	100%

Afecciones críticas de la infancia

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal (empleado):
Parálisis cerebral Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica parálisis cerebral. El diagnóstico debe hacerse antes de que el niño asegurado cumpla los 5 años de edad. Otras afecciones similares que pueden superarse con la edad, no están incluidas en esta definición.	100%
Labio leporino o paladar hendido Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica labio leporino o paladar hendido después del nacimiento.	100%
Fibrosis quística Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica fibrosis quística. El diagnóstico debe confirmarse con concentraciones de cloruro en sudor mayores a 60 mmol/L.	100%
Síndrome de Down Paga un beneficio cuando le diagnostican síndrome de Down en un primer momento después del nacimiento y según el estudio médico del cromosoma 21 que revela trisomía 21, translocación o mosaicismo.	100%
Espina bífida Paga un beneficio cuando un médico especialista le diagnostica espina bífida que debe estar asociada a síntomas neurológicos, incluido el deterioro motor. La espina bífida no incluye espina bífida oculta.	100%

Beneficio de cáncer

Beneficio cubierto	Monto del Beneficio
Cáncer (Invasivo) Paga un beneficio cuando se le diagnostica cáncer (invasivo) que se identifica por la presencia de células malignas o un tumor maligno que se caracteriza por el crecimiento y proliferación incontrolados y anormales de células malignas invasivas.	100%
Carcinoma in situ (no invasivo) Paga un beneficio cuando se le diagnostica un carcinoma in situ que está en el lugar natural o normal, confinado al sitio de origen sin haber invadido el tejido adyacente. El cáncer de piel no se considerará carcinoma in situ para los fines de este certificado.	25%
Cáncer de piel Paga un beneficio cuando se le diagnostica cáncer de piel (melanoma nivel I o II de Clark - menos de 0.75 mm), carcinoma de células basales, o carcinoma de células escamosas. <i>El beneficio de cáncer de piel proporciona cobertura para el melanoma maligno invasivo en la dermis o más profundas o tumores de la piel malignos que se han vuelto metastásico.</i>	\$1,000 (Una vez por vida)
Beneficio de diagnóstico de cáncer recurrente (invasivo) Si una persona asegurada se le ha diagnosticado inicialmente con cáncer (invasivo) y recibió un beneficio para el cáncer (invasivo) y es diagnosticado posteriormente otra vez con cualquier tipo de cáncer (invasivo), al menos 180 días después, pagaremos el porcentaje anteriormente indicado del Beneficio de cáncer para el cáncer (invasivo) como se indica en el Programa de Beneficios para el cáncer (invasivo) diagnosticado. Ningún beneficio es pagadero si la recurrencia se produce menos de 180 días después.	100%
Beneficio de diagnóstico de recurrencia de carcinoma in situ (no invasivo) Si una persona asegurada se le ha diagnosticado inicialmente con carcinoma in situ (no invasivo) y recibió un beneficio para el carcinoma in situ (no invasivo) y es diagnosticado posteriormente otra vez con cualquier tipo de carcinoma in situ (no invasivo), al menos 180 días después, pagaremos el porcentaje anteriormente indicado del Beneficio de cáncer para el carcinoma in situ (no invasivo) como se indica en el Programa de Beneficios para el carcinoma in situ (no invasivo) diagnosticado. Ningún beneficio es pagadero si la recurrencia se produce menos de 180 días después.	100%

obertura de evaluaciones de salud:

Beneficio de evaluación de salud

\$50

Paga un beneficio de suma global si una persona asegurada recibe alguna de las pruebas de evaluación médica aprobadas. Se debe efectuar un pago por la atención que recibe una persona asegurada debido a pruebas de evaluación médica; y el servicio no debe ser prestado ni recibido para diagnosticar o tratar una enfermedad sospechada o identificada.

Máximo 1 prueba de evaluación médica por año del plan

- Perfil de lipoproteínas (suero más HDL, LDL y triglicéridos)
- Análisis de glucosa en sangre en ayunas
- Exámenes Doppler para la enfermedad vascular periférica (también conocido como arteriosclerosis)
- Ultrasonido Doppler carotídeo
- Electrocardiograma (EKG, ECG)
- Ecocardiograma (ECHO)
- Radiografía del pecho (CXR)
- Termografía
- Examen de ultrasonido para aneurismas aórticos abdominales
- Examen de médula ósea
- Inmunizaciones para adultos y niños
- Vacuna contra el VPH (virus de papiloma humano)
- Medición de la densidad de masa ósea (DEXA, DXA)
- Detección de cáncer de piel
- Examen para antígeno prostático específico (PSA)
- Sigmoidoscopia flexible

- Exámenes rectales digitales (DRE)
- Examen de sangre oculta en las heces
- Colonoscopia
- Colonoscopia virtual
- Antígeno carcinoembrionario (CEA)
- Examen 15-3 de antígeno de cáncer (CA) (cáncer de mama)
- Mamografía
- Ultrasonido de seno (mama)
- Examen 125 de antígeno de cáncer (CA) (cáncer de ovario)
- Pruebas Papanicolaou
- Exámenes de anomalías citológicas
- Prueba de Papanicolaou ThinPrep
- Electroforesis de proteínas en suero (prueba de sangre para el mieloma)
- Cualquier. Otra prueba de detección de cáncer generalmente aceptada

Nota: La prueba de diagnóstico de la COVID-19 cumple con los requisitos de cobertura y es parte del beneficio por exámenes de salud.

Enfermedad crítica: exclusiones y limitaciones

Este plan tiene exclusiones y limitaciones. Consulte el folleto certificado y programa de beneficios actuales para determinar qué servicios están cubiertos y en qué medida. La siguiente es una lista parcial de los servicios y suministros que generalmente no están cubiertos. No obstante, el plan puede tener excepciones a esta lista de acuerdo con los mandatos estatales o el diseño de plan adquirido.

Exclusiones: Beneficios bajo la póliza no se pagarán por cualquier enfermedad crítica que se diagnostica o para los que se recibió atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios, o por cualquier pérdida causada en su totalidad o en parte por o como resultado total o parcial de lo siguiente:

1. Suicidio o intento de suicidio, lesión autoinfligida intencionalmente o enfermedad, todo intento de lesión autoinfligida intencionalmente, lesión causada por un acto autoinfligido o enfermedad, mientras está en sano juicio o no, excepto como resultante de un trastorno diagnosticado en la versión más actual del Manual de Diagnóstico y Estadístico (en inglés, DSM)
2. Participar en un delito grave
3. Cualquier acto de guerra, declarada o no, o la participación voluntaria en un motín, rebelión o insurrección civil.

Además, en cuanto a los productos tóxicos y sustancias controladas: No seremos responsables de ninguna pérdida sufrida o contraída a consecuencia de la persona asegurada de estar intoxicado o bajo la influencia de cualquier sustancia controlada a menos que se administre siguiendo el consejo de un médico.

Portabilidad

Si deja de trabajar, y como resultado termina su cobertura bajo la póliza, usted puede optar por continuar con su cobertura permitiendo la disposición de portabilidad en su cobertura. Dicha cobertura estará disponible para usted y cualquiera de sus dependientes cubiertos.

Preguntas frecuentes sobre el plan de Enfermedad crítica

¿Tengo que ser activo en el trabajo para la inscripción en la cobertura?

Sí, debe ser activo en el trabajo con el fin de inscribirse y para que la cobertura entre en vigor. Usted está activo en el trabajo si está trabajando, o está disponible para trabajar, y cumple con los criterios establecidos por su empleador para reunir los requisitos para inscribirse.

¿Puedo tener más de un Plan de Enfermedades críticas?

No, usted no podrá tener más de un Plan de Enfermedades críticas de Aetna.

¿Qué significa Valor nominal?

Valor nominal significa el monto fijo en dólares máximo que podría recibir por cada beneficio de enfermedad crítica. El Valor nominal de su cónyuge y cada uno de sus dependientes es un porcentaje del Valor nominal del empleado. Algunos de los beneficios pagan un monto fijo que equivale a un porcentaje del Valor nominal. Los montos de los beneficios varían, de acuerdo con su diseño de plan.

¿A quién se le pagan los beneficios?

Los beneficios se pagan a usted, el miembro

¿Es mi póliza de Enfermedades críticas compatible con una Cuenta de ahorros médicos (HSA, por sus siglas en inglés)?

Sí, las pólizas de Enfermedades críticas de Aetna son compatibles con las Cuentas de ahorros médicos.

¿Cómo presento un reclamo?

Ingrese a myaetnasupplemental.com y seleccione "Iniciar sesión" o "Registrarse", dependiendo de si ha configurado su cuenta. Haga clic en el botón "Crear un nuevo reclamo" y responda a unas preguntas rápidas. Incluso puede guardar su reclamo para finalizar más tarde. También puede imprimir o enviar por correo los formularios a: Aetna Voluntary Plans, PO Box 14079, Lexington, KY 40512-4079, o puede solicitarnos que le enviemos un formulario impreso. ¿Qué ocurre si no entiendo algo que he leído aquí, o tengo más preguntas?

Por favor, llámenos. Queremos que usted entienda estos beneficios antes de que decida inscribirse. Usted puede llamar a uno de nuestros representantes de Servicios al Cliente de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., llamando al 1-800-607-3366. Estamos aquí para responder a las preguntas antes y después de su inscripción.

¿Qué debo hacer en caso de una emergencia?

En casos de emergencia, llame al 911 o la línea directa de emergencias local, o vaya directamente a un centro médico de atención de emergencia.

Si pierdo mi empleo, ¿puedo llevar el Plan de Enfermedades críticas conmigo?

Si usted pierde su empleo, puede continuar la cobertura bajo la disposición de Portabilidad. Usted tendrá que pagar las primas directamente a Aetna.

Información importante sobre sus beneficios

ESTES PLANES NO CUENTA COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA BAJO LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO. ESTOS PLANES SON UN SUPLEMENTO DEL SEGURO MÉDICO Y NO SUSTITUYEN LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL. Estos planes proporcionan beneficios limitados; estos beneficios pagan los servicios cubiertos con sumas fijas en dólares independientemente de los cargos reales emitidos por el proveedor médico. Estos pagos por beneficios no pretenden cubrir la totalidad del costo de la atención médica. Usted es responsable de asegurarse de que las facturas del proveedor se salden. Estos beneficios se pagan en adición a cualquier otra cobertura médica que usted tenga.

Quejas y apelaciones

Díganos si usted no está satisfecho con la respuesta que recibió de nosotros o con la forma en que hacemos negocios. Llame a Servicios al Miembro para presentar una queja verbal o para pedir la dirección de correo postal para enviar una queja por escrito. También puede enviar un correo electrónico a Servicios al Miembro a través del sitio de Internet seguro del miembro. Si usted no está satisfecho después de hablar con un representante de Servicios al Miembro, puede pedirnos que enviemos su problema al departamento correspondiente.

Si usted no está de acuerdo con una denegación de reclamo, puede presentar una apelación. Para presentar una apelación, siga las instrucciones de la carta o la declaración de explicación de beneficios que explica que su reclamo fue denegado. La carta también le dice lo que necesitamos de usted y qué tan pronto le responderemos.

Protegemos su privacidad

Consideramos que la información personal es privada. Nuestras políticas protegen su información personal frente al uso ilegal. Por "información personal", nos referimos a la información que le puede identificar como una persona, así como su información financiera y de la salud. La información personal no incluye lo que está disponible para el público. Por ejemplo, toda persona puede acceder a la información acerca de lo que cubre el plan. También no incluye informes que no le identifican a usted.

Cuando sea necesario para su atención o tratamiento, la administración de nuestros planes de salud u otras actividades relacionadas, usamos la información personal dentro de nuestra empresa, la compartimos con nuestras afiliadas y podemos divulgarla a: sus médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros cuidadores, otras aseguradoras, proveedores de suministros, departamentos gubernamentales y administradores de terceros (TPA, por sus siglas en inglés).

Obtenemos información de muchas fuentes diferentes, en particular de usted, su empleador o patrocinador del plan de beneficios, si corresponde, otras aseguradoras, organizaciones de mantenimiento de la salud o TPA, y los proveedores de atención médica.

Dichas partes están obligados a mantener su información privada como lo requiere la ley. Algunas de las formas en las cuales podemos utilizar su información son: pagar los reclamos, tomar decisiones acerca de lo que el plan cubre, coordinación de los pagos con otras aseguradoras, evaluación de calidad, actividades para mejorar nuestros planes y auditorías.

Consideramos estas actividades clave para la administración de nuestros planes. Cuando lo permite la ley, utilizamos y divulgamos su información personal de las maneras descritas anteriormente sin su permiso. Nuestro aviso de privacidad incluye una explicación completa de las maneras en que usamos y divulgamos su información. También explica cuando necesitamos su permiso para usar o divulgar su información.

Estamos obligados a darle acceso a su información. Si piensa que hay algo mal o falta de su información personal, usted puede pedir que se cambie. Debemos completar su solicitud dentro de un plazo razonable. Si no estamos de acuerdo con el cambio, puede presentar una apelación. Si desea una copia de nuestro aviso de privacidad, llame al **1-800-607-3366** o visítenos en **www.aetna.com**.

If you require language assistance, please call Member Services at 1-800-607-3366 and an Aetna representative will connect you with an interpreter. If you're deaf or hard of hearing, use your TTY and dial 711 for the Telecommunications Relay Service. Once connected, please enter or provide the Aetna telephone number you're calling.

Si usted necesita asistencia lingüística, llame a Servicios al Miembro al 1-800-607-3366 y un representante de Aetna le conectará con un intérprete. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, use su TTY y marque 711 para el Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (TRS). Una vez conectado, por favor entrar o proporcionar el número de teléfono de Aetna que está llamando.

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 mayor, deben tener cobertura de salud que reúna las normas de Cobertura Comprobable Mínima establecidas por el Conector de Seguro de Salud del Estado, a menos que sea exonerado del requisito de seguro de salud 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)**. ESTA PÓLIZA, EN SÍ, NO CUMPLE CON LOS ESTÁNDARES DE COBERTURA COMPROBABLE MÍNIMA. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede comunicarse con la División de Seguros llamando al **1-617-521-7794** o visite el sitio de Internet en **www.mass.gov/doi**.

Cláusula de las exclusiones de sanciones financieras

Si la cobertura proporcionada por esta póliza viola o violará las posibles sanciones económicas o comerciales de los EE.UU., la cobertura es considerada inválida inmediatamente. Por ejemplo, las compañías de Aetna no pueden realizar pagos o reembolsar para atención médica u otros reclamos o servicios si infringe un reglamento de sanciones financieras. Esto incluye las sanciones relacionadas con una persona o entidad bloqueada, o en un país en virtud de sanción por parte de los Estados Unidos, salvo que esté permitido bajo una licencia válida y por escrito de la Oficina de Control de Activos Extranjeros (Office of Foreign Assets Control u OFAC). Para obtener más información acerca de la OFAC, visite el sitio de Internet en **<http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>**.

Este material tiene solo fines informativos y no constituye una oferta o propuesta de contrato. Los proveedores son contratistas independientes y no son representantes de Aetna. Aetna no proporciona atención ni garantiza acceso a servicios de salud. Es posible que las pólizas no estén disponibles en todos los estados, y las tarifas y los beneficios pueden variar según la ubicación. Aunque creemos que la información es correcta al momento de su elaboración, esta puede ser modificada. Para obtener más información sobre los planes de Aetna, consulte **www.aetna.com**.

Los formularios de póliza emitidos en Idaho incluyen: GR-96843, GR-96844.

Los formularios de póliza emitidos en Missouri incluyen: GR-96844 01; GR-96843 01.

Los formularios de póliza emitidos en Oklahoma incluyen: GR-96843, GR-96844.



AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

COBERTURA LIMITADA DE BENEFICIOS MÉDICOS

LOS BENEFICIOS MÉDICOS OFRECIDOS SON SUPLEMENTARIO Y NO ESTÁN DESTINADOS A CUBRIR TODOS LOS GASTOS MÉDICOS

RESUMEN DE COBERTURA (OUTLINE OF COVERAGE)

Formulario de la póliza GR-96844/Formulario del GR-96843

Algunas notas sobre la manera en que utilizamos palabras

- Cuando decimos “**usted**” y “**su**”, **nos referimos al empleado**.
- Cuando decimos “**nosotros**”, “**nos**” y “**nuestro**”, **nos referimos a Aetna**.
- Algunas palabras aparecen en **negrita**. Los definimos en la sección *Glosario* de **su** certificado.

1. Lea **su** póliza/certificado atentamente: Este resumen de cobertura proporciona una breve descripción de las características importantes de **su** póliza. Este no es el contrato de seguros y sólo las disposiciones de la póliza actual controlarán. La póliza en sí establece en detalle los derechos y las obligaciones de **usted** y **nosotros**. Es, por lo tanto, ¡muy importante que **usted** LEA **SU** PÓLIZA ATENTAMENTE!
2. La cobertura limitada de beneficios médicos está diseñada para proporcionar una cobertura limitada o suplementaria a las **personas aseguradas**.
3. **Usted** puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Idaho en cualquier momento:
Consumer Affairs
700 W State Street, 3rd Floor
PO Box 83720
Boise ID 83720-0043
1-800-721-3272 o 208-334-4250 o www.DOI.Idaho.gov

Beneficios médicos:

Valor nominal del empleado

\$10,000 o \$20,000 o \$30,000

Valor nominal del cónyuge/pareja de /pareja de hecho asegurado)

50% del valor nominal del empleado

Valor nominal de niños asegurados

50% del valor nominal del empleado

Nos reservamos el derecho de solicitar que un **médico** de **nuestra** elección revisar cualquier **diagnóstico** en el caso de conflicto o desacuerdo con respecto a la adecuación o exactitud de un **diagnóstico**. **Nos** reservamos el derecho de solicitar que un experto independiente y reconocido en el campo correspondiente de la medicina de examinar los datos utilizados en la toma de cualquier **diagnóstico** en conflicto. **Nosotros** pagaremos por dicho examen o revisión solicitada.

Beneficio por Enfermedad crítica

Nosotros pagaremos el beneficio aplicable que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** es **diagnosticada** con una **enfermedad crítica**, y:

1. La **fecha de diagnóstico** debe ocurrir mientras la cobertura para la **persona asegurada** está en vigor; y
2. La **enfermedad crítica** no está excluida por nombre o descripción específica en el Certificado.

Beneficio por Enfermedad crítica	Porcentaje de Valor nominal
Ataque al corazón (infarto de miocardio)	100%
Derrame cerebral	100%
Condición de las arterias coronarias que requieren cirugía de bypass	50%
Insuficiencia de los órganos principales	100%
Insuficiencia de la etapa final de la enfermedad renal	100%
Coma	100%
Parálisis	100%
Tumor cerebral benigno	100%
Pérdida de la vista (ceguera)	100%
Pérdida de la audición	100%
Pérdida del habla	100%
Quemaduras de tercer grado	100%
Enfermedad de Alzheimer	100%
Enfermedad de Parkinson	100%
Lupus	25%
Esclerosis múltiple	25%
Distrofia muscular	25%
Síndrome de dificultad respiratoria aguda (ARDS)	100%
Esclerosis lateral amiotrófica avanzada (ALS)	100%
Parálisis cerebral	100%
Cólera	100%

Beneficio por Enfermedad crítica	Porcentaje de Valor nominal
Labio leporino o paladar hendido	100%
Síndrome de Down	100%
Espina bífida	100%

Beneficio de cáncer

Nosotros pagaremos el beneficio de cáncer aplicable cuando una **persona asegurada** se **diagnostica** inicialmente como teniendo **cáncer (invasivo), cáncer de seno (mama) o cáncer de piel** si:

1. La **fecha de diagnóstico para cáncer (invasivo), cáncer de seno (mama) o cáncer de piel** debe ocurrir mientras la cobertura para la **persona asegurada** está en vigor; y
2. El **cáncer (invasivo), cáncer de seno (mama) o cáncer de piel** no está excluido por nombre o descripción específica en el certificado.

Cáncer (invasivo), cáncer de seno (mama) o cáncer de piel deben ser **diagnosticados** por cualquier **diagnóstico patológico** o **diagnóstico clínico**. Además del **diagnóstico patológico** o **diagnóstico clínico** requerido, **nosotros** podríamos solicitar información adicional del **médico a cargo** y el **hospital**.

Beneficio de cáncer	Porcentaje de Valor nominal/Monto de beneficio
Cáncer (invasivo)	100%
Cáncer de seno (mama)	25%
Cáncer de piel	\$1,000
Máximo	una vez de por vida de la persona asegurada

Beneficios adicionales

Beneficio de evaluación de salud

Nosotros pagaremos el Beneficio de evaluación de salud que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** recibe cualquiera de los siguientes exámenes médicos cubiertos nombrados a continuación, y:

1. Un cargo debe ser efectuado para el **cuidado** de una **persona asegurada** debido al examen médico.
2. La fecha de servicio debe ocurrir mientras la cobertura para la **persona asegurada** está en vigor.
3. El servicio o suministro no debe ser para **diagnosticar** o tratar una **enfermedad** sospechada o identificada.

Exámenes médicos cubiertos:

- Perfil de lipoproteínas (suero más HDL, LDL y triglicéridos)
- Análisis de glucosa en sangre en ayunas
- Exámenes Doppler para la enfermedad vascular periférica (también conocido como arteriosclerosis)
- Ultrasonido Doppler carotídeo
- Electrocardiograma (EKG, ECG)
- Ecocardiograma (ECHO)
- Radiografía del pecho (CXR)
- Examen de ultrasonido de termografía para aneurismas aórticos abdominales
- Examen de médula ósea
- Inmunizaciones para adultos y niños
- Vacuna contra el VPH (virus de papiloma humano)
- Medición de la densidad de masa ósea (DEXA, DXA)
- Detección de cáncer de piel
- Electroforesis de proteínas en suero (prueba de sangre para el mieloma)
- Examen para antígeno prostático específico (PSA)
- Sigmoidoscopia flexible
- Exámenes rectales digitales (DRE)
- Examen de sangre oculta en heces
- Colonoscopia
- Colonoscopia virtual
- Antígeno carcinoembrionario (CEA)
- Examen 15-3 de antígeno de cáncer (CA) (cáncer de mama)
- Mamografía
- Ultrasonido de seno (mama)
- Examen 125 de antígeno de cáncer (CA) (cáncer de ovario)
- Pruebas Papanicolaou
- Exámenes de anomalías citológicas
- Prueba de Papanicolaou ThinPrep

Nota: La prueba de diagnóstico de la COVID 19 cumple con los requisitos de cobertura y es parte del beneficio por exámenes de salud

Beneficios adicionales	Monto de beneficio
Beneficio de evaluación de salud	\$50
Máximo por año del plan	1

4. **Exclusiones:** Beneficios bajo la póliza no se pagarán por cualquier **enfermedad crítica, cáncer (invasivo), cáncer de seno (mama) o cáncer de piel** que se **diagnostica** o para los que se recibió la **atención** fuera de los Estados Unidos y sus territorios, o por cualquier pérdida causada en su totalidad o en parte por o como resultado total o parcial de los siguientes:
- Suicidio o intento de suicidio, lesiones autoinfligidas intencionalmente o **enfermedad**, todo intento de lesiones autoinfligidas intencionalmente, lesiones causadas por un acto autoinfligido o **enfermedad**, mientras este cuerdo o no, excepto como resultado de un trastorno diagnosticado en la versión más actual del Manual de Diagnóstico y Estadístico (DSM, por sus siglas en inglés);
 - Cualquier acto de guerra, declarada o no, o la participación voluntaria en un motín, rebelión o conmoción civil.
5. **Información adicional:**

- **Renovación:** La póliza es opcionalmente renovable.
- **Cambios de la prima:** Las tarifas de las primas pueden ser cambiados por **nosotros**. Si las tarifas se modifican, **nosotros** le daremos por lo menos 31 días aviso previo por escrito.
- **Portabilidad:** Si **su** empleo cesa y, como resultado, **su** cobertura bajo la póliza termina, **nosotros** ofreceremos cobertura de portabilidad. Dicha cobertura estará a **su** disposición y para cualquiera de **sus dependientes asegurados**.

Usted debe completar el Formulario de Elección de cobertura de portabilidad y **enviárnoslo** junto con el pago de la prima inicial para la cobertura de portabilidad no más tarde de 30 días calendarios después que termina **su** cobertura bajo la póliza. La cobertura de portabilidad entrará en vigencia al día siguiente después de terminar su cobertura bajo la póliza.

La cobertura de beneficios médicos, términos y condiciones de portabilidad serán los mismos que las establecidas en la póliza en la fecha en que termina su cobertura. Cualquier cambio realizado en la póliza después de que está cubierto por la disposición de portabilidad no se le aplicarán a menos que sea requerido por la ley.

Las tarifas de las primas iniciales serán basadas en las tarifas de las primas en vigencia en el momento que **usted** solicita la cobertura de portabilidad. **Usted** también deberá pagar cualquier parte de la prima pagada anteriormente para la cobertura por **su empleador**.

Se permitirá un período de gracia de 31 días después de la fecha de vencimiento de la prima para el pago de cada prima. Nosotros no pagaremos los beneficios bajo el certificado ante la ausencia de pago de la prima actual, sujeto a este período de gracia.

La cobertura de portabilidad terminará en la primera de las siguientes fechas:

- La fecha en que termina la póliza;
- La fecha de la muerte de la **persona asegurada**;
- La fecha en que **usted** cumpla la edad de 80;
- El final del período de gracia de portabilidad después de la fecha en que la **persona asegurada** no paga la prima contribución requerida;
- El final del mes en o después de la fecha en que **usted** está de nuevo cubierto por la póliza;
- La fecha de cobertura bajo esta disposición de portabilidad es cancelado o terminado por **nosotros** por cualquier motivo con 31 días de aviso por adelantado;
- La fecha de terminación de **su** clase de cobertura;
- Con respecto a cualquiera de sus **dependientes asegurados**:
 1. La fecha en que **su** cobertura termina;
 2. La fecha en que **usted** y **su cónyuge/pareja de hecho asegurado** se divorcian, finalizan **su** pareja de hecho;
 3. La fecha en que **su dependiente asegurado** deja de ser un dependiente elegible bajo la póliza.

Un **niño asegurado** cuya cobertura de portabilidad termina cuando él o ella alcanza el límite de edad puede solicitar la cobertura de portabilidad en su propio nombre, o que él o ella es elegible de otra manera.

Una vez que la cobertura de portabilidad se cancela o termina, no puede ser reintegrado.



Lea el siguiente aviso para los miembros del plan Aetna Supplemental Health que residen en el estado de Nuevo México.

AVISO PARA LOS RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO

La cobertura que se brinda con su póliza o plan de beneficios asegurado por Aetna Life Insurance Company es limitada y posiblemente no ofrezca protección financiera para afrontar los grandes costos que podría tener por el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad relacionada con la COVID-19 (coronavirus).

Si no tiene una cobertura médica principal integral, además de la póliza o plan emitido por nuestra compañía, es posible que deba realizar grandes gastos médicos que no están incluidos en el seguro por el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad causada por la COVID-19.

Los planes médicos principales ofrecen sólidas protecciones al consumidor y no pueden cobrar deducibles, copagos ni otros costos compartidos por el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad relacionada con la COVID-19. Su póliza o plan no es un plan médico principal y no ofrece dichas protecciones.

Si no tiene cobertura médica principal, puede hacer lo siguiente:

1. Comuníquese con su agente o representante de seguros con licencia para averiguar qué cobertura médica principal está disponible.
2. Para saber si cumple con los requisitos para un período de inscripción especial para obtener cobertura médica principal a través del Mercado de Seguros Médicos de Nuevo México, comuníquese con la línea gratuita de beWellnm, al **1-833-862-3935**.
3. Para saber si cumple con los requisitos para recibir cobertura de Medicaid y para completar una solicitud, comuníquese con la línea directa gratuita de ampliación de Medicaid del Departamento de Servicios Humanos, al **1-855-637-6574**, o visite **<https://www.yes.state.nm.us/yesnm/home/index>**.
4. Para saber si cumple con los requisitos para obtener cobertura de un fondo común de alto riesgo, comuníquese con el programa New Mexico Medical Insurance Pool ("High Risk Pool"), al **1-844-728-7896**, o visite **<https://nmmip.org/>**. Si no tiene seguro y le diagnosticaron COVID-19, cumple con los requisitos para obtener cobertura de un fondo común de alto riesgo.

En los sitios web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y el Departamento de Salud de Nuevo México hay mucha información sobre la COVID-19. Visite **<https://www.cdc.gov/>** o **<http://cv.nmhealth.org/>**.

Las personas que tienen los síntomas de COVID-19 deben comunicarse de inmediato con el Departamento de Salud de Nuevo México, al **1-855-600-3453**.

Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna ofrece recursos o servicios gratuitos a las personas con discapacidades y para las personas que necesitan ayuda en el idioma. Si usted necesita un intérprete calificado, información por escrito en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 1-888-772-9682.

Si considera que Aetna ha fracasado en proporcionar estos servicios o, de otra manera, discriminado en base a una clase protegida como se ha indicado anteriormente, también puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles poniéndose en contacto con:

Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512

1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379, CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

TTY: 711

For language assistance in your language call 1-888-772-9682 at no cost. (English)

Para obtener asistencia lingüística en su idioma, llame sin cargo al 1-888-772-9682. (Spanish)

欲取得以您的語言提供的語言協助，請撥打1-888-772-9682，無需付費。(Chinese)

Pour une assistance linguistique dans votre langue, appeler le 1-888-772-9682 sans frais. (French)

Para sa tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-888-772-9682 nang walang bayad. (Tagalog)

Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache erhalten Sie kostenlos unter der Nummer 1-888-772-9682. (German)

للمساعدة اللغوية بلغتك الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-888-772-9682. (Arabic)

Pou jwenn asistans nan lang pa w, rele nimewo 1-888-772-9682 gratis. (French Creole)

Per ricevere assistenza nella sua lingua, può chiamare gratuitamente il numero 1-888-772-9682. (Italian)

日本語で援助をご希望の方は 1-888-772-9682 (フリーダイヤル) までお電話ください。(Japanese)

본인의 언어로 통역 서비스를 받고 싶으시면 비용 부담 없이 1-888-772-9682번으로 전화해 주십시오. (Korean)

برای راهنمایی به زبان شما با شماره 1-888-772-9682 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. (Persian)

Aby uzyskać pomoc w swoim języku, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-888-772-9682. (Polish)

Para obter assistência no seu idioma, ligue gratuitamente para o 1-888-772-9682. (Portuguese)

Чтобы получить помощь с переводом на ваш язык, позвоните по бесплатному номеру 1-888-772-9682. (Russian)

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng ngôn ngữ của bạn, hãy gọi miễn phí đến số 1-888-772-9682. (Vietnamese)
