

Ofrecemos planes de salud de calidad

Siguiendo los estándares de acreditación de los planes de salud del Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA), ofrecemos planes de salud de calidad.

Comprenda su plan de salud

El plan de salud cubre la atención preventiva y la atención que necesita por razones médicas. Incluye la atención de un médico u hospital, pero no incluye todo.

Lo que no está cubierto

No cubre los servicios que usted simplemente podría desear, como determinadas cirugías plásticas o tratamientos que aún no son ampliamente aceptados. Y es posible que algunos servicios tengan límites. Por ejemplo, un plan puede permitir solo un examen de la vista por año.

¿Tiene cobertura de dos planes de salud?

Si es así, cada plan puede exigirle que siga sus reglas o que asista a médicos y hospitales específicos. Es posible que no pueda cobrar los beneficios de ambos planes. Además, puede que sea imposible cumplir con ambos planes al mismo tiempo. Antes de inscribirse en uno de nuestros planes, lea todas las reglas y compárelas con las reglas de cualquier otro plan que lo cubra a usted o a su familia.

¿Tiene un plan Med Premier o Student?

Para obtener más información sobre estos planes, puede hacer lo siguiente:

- Visitar **AetnaStudentHealth.com**.
- Llamar a Aetna Student Health al número gratuito que aparece en su identificación de miembro.

Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura, escríbanos a alguna de las siguientes direcciones:

- La dirección que figura en su declaración de Explicación de beneficios (EOB).
- La dirección que figura en la carta que le enviamos.

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

Si tiene preguntas sobre el plan médico principal de Med Premier, llame a The Boon Group® al número gratuito que figura en su identificación de miembro. El plan Med Premier es un plan de seguro de salud con cobertura total suscrito por Aetna Life Insurance Company.

Los servicios administrativos son proporcionados por Aetna Life Insurance Company y Boon Administrative Services, Inc., un administrador externo autorizado y una subsidiaria de propiedad total de The Boon Group, Inc.

No toda la información de este documento se aplica a su plan específico

La mayoría de la información corresponde a todos los planes, pero parte de ella no. Por ejemplo, no todos los planes tienen deducibles o beneficios de medicamentos con receta. La información sobre esos temas solo será relevante si el plan incluye esas normas.

Es posible que cierta información se aplique solo a uno o dos estados. Puede que no se aplique a su estado. Para estar seguro, revise los documentos de su plan. También puede preguntar a su administrador de beneficios o llamarnos. Las diferencias de algunos estados no están contempladas en este documento.

Muchos nombres de planes

Los nombres de los documentos del plan varían. Busque los detalles del plan en documentos con los siguientes nombres:

- Folleto-certificado
- Programa de beneficios
- Certificado de cobertura
- Acuerdo grupal

También puede encontrar detalles en documentos con los siguientes nombres:

- Certificado de seguro grupal
- Póliza de seguro grupal

¿No puede encontrar los documentos de su plan?

Llámenos para solicitar una copia. Use el número gratuito que aparece en su identificación de miembro.

Cómo aprovechar al máximo los beneficios de medicamentos con receta

Primero, revise los documentos de su plan para asegurarse de que tiene beneficios de medicamentos con receta.

La lista de los medicamentos que cubrimos se denomina formulario. Puede obtener esta lista de dos formas:

1. Visite **Aetna.com/Formulary**.
2. Llámenos. Le podemos enviar una copia en papel de la lista de los medicamentos que cubrimos.

Recuerde: esta lista puede cambiar en cualquier momento. Por lo tanto, consulte en línea o llámenos para ver las últimas actualizaciones.

¿Qué es un medicamento genérico?

Los medicamentos genéricos son iguales a los medicamentos de marca en dosis, consumo, forma y seguridad. Generalmente, paga menos por ellos. Es posible que los medicamentos de marca le cuesten más dinero.

¿Qué es un medicamento preferido?

Algunos planes lo alientan a comprar ciertos medicamentos con receta en lugar de otros. Pagará menos por estos medicamentos. Los llamamos medicamentos preferidos. Cuando obtiene un medicamento que no está en la lista de medicamentos preferidos, es posible que pague más.

¿Qué es una farmacia de servicio por correo?

Esta es una opción conveniente si debe tomar ciertos medicamentos todos los días o si toma medicamentos especializados todos los días. Los medicamentos especializados tratan afecciones complejas como el cáncer.

¿Qué sucede si su médico quiere que tome un medicamento que no está en nuestra lista?

Si es médicamente necesario que consuma ese medicamento, usted, una persona que lo ayude o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción. Para obtener detalles, consulte la documentación de su plan.

¿Qué es el tratamiento escalonado?

Es posible que le pidamos que tome un medicamento antes de probar otro. Su médico podría querer que omita este medicamento por razones médicas. Si es así, su médico puede pedirnos que hagamos una excepción.

¿Qué es una excepción médica?

Los documentos de su plan pueden incluir medicamentos específicos que no cubrimos. Es posible que su plan no cubra medicamentos que aún no hayamos revisado. Es posible que usted, una persona que lo esté ayudando o su médico nos pidan que cubramos uno de estos medicamentos.

¿Qué son los reembolsos de medicamentos?

Es el dinero que nos devuelven las compañías farmacéuticas. Los consideramos cuando decidimos qué medicamentos cubrir. Los reembolsos ayudan a reducir sus costos.

Cómo encontrar un especialista en salud mental o adicciones

Obtenga apoyo para la depresión posparto, la adicción y otros problemas de salud conductual. Llámenos al número que aparece en su identificación de miembro. También puede:

- Llamar al **911** si se trata de una emergencia.
- Obtener ayuda del Programa de asistencia al empleado (EAP).
- Llamar al número de salud conductual que aparece en su identificación de miembro.
- Visitar [Aetna.com/Individuals-Families/Find-a-Doctor.html](https://www.aetna.com/Individuals-Families/Find-a-Doctor.html) para buscar un proveedor.

Aetna es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por uno de los grupos de compañías de Aetna o más.

Antes de que decidamos cubrir ciertos medicamentos y tratamientos, es posible que hagamos lo siguiente:

- Leer revistas médicas para ver la investigación: queremos saber qué tan seguro y efectivo es.
- Ver lo que otros grupos médicos y gubernamentales dicen al respecto.
- Preguntar a otros expertos como MCG, anteriormente conocido como Pautas de Atención Milliman.
- Determinar con qué frecuencia y con qué éxito se ha utilizado un tratamiento o un medicamento.

Una vez que tomamos la decisión, publicamos nuestros hallazgos en nuestros Boletines de Políticas Clínicas.

Obtenga información del plan en línea y por teléfono

¿Ya está inscrito en uno de nuestros planes de salud? Puede hacer lo siguiente:

- **Visitar el sitio web para miembros**
Cuando visite **Aetna.com**, verá un botón de acceso. Haga clic allí para configurar su nombre de usuario y contraseña. Tenga a mano su identificación de miembro.
- **Utilizar nuestra aplicación móvil**
Es fácil. Simplemente descargue nuestra aplicación Aetna HealthSM o envíe "MOBILEAPP" por mensaje de texto al 90156.
- **Llamarnos**
Simplemente use el número de teléfono que aparece en su identificación de miembro. Es gratuito.

Puede hacer lo siguiente:

- Verificar qué está cubierto por su plan.
- Comprobar el estado de una reclamación y obtener una dirección para enviarla por correo.
- Solicitar una identificación de miembro de reemplazo.

Y podemos ofrecer nuestra ayuda para lo siguiente:

- Comprender cómo funciona su plan.
- Averiguar cuánto le costará un servicio.
- Presentar una reclamación.
- Buscar atención fuera de su área.

Si su plan ofrece servicios de salud mental o conductual, también podemos ayudarle con estos.

¿Tiene problemas auditivos? ¿Necesita hablar con nosotros?

Use su TTY y marque **711**. Una vez conectado, ingrese el número de teléfono al que está llamando.

¿Habla otro idioma?

Llámenos si necesita un intérprete. Simplemente use el número que figura en su tarjeta de identificación.

Cómo buscar médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica en nuestra red

¿Ya es miembro?

Visite **Aetna.com** e inicie sesión. Seleccione "Find Care" (Buscar atención) y comience su búsqueda.

¿Está considerando inscribirse?

Visite **Aetna.com** y seleccione "Find a doctor" (Buscar un médico). Seleccione el plan que le interesa del cuadro desplegable.

Qué hace la herramienta de búsqueda

Le puede proporcionar una lista de médicos por código postal. Además de los nombres y las direcciones, la herramienta le informa lo siguiente:

- La facultad de medicina a la que asistió el médico.
- El género.
- Los idiomas que habla.
- La afiliación a un hospital.
- Las indicaciones para llegar.
- El estado de la certificación del consejo.

¿Qué es una organización responsable de la salud (ACO)?

Una ACO es una red especial. El objetivo de las ACO es coordinar mejor la atención del paciente. Están compuestas por lo siguiente:

- Médicos de atención primaria
- Especialistas
- Al menos un hospital

¿Cómo funciona una ACO?

Pagamos más a las ACO cuando cumplen con la eficiencia y los objetivos de calidad como los siguientes:

- Aumento de las pruebas de detección de cáncer, diabetes y colesterol
- Disminución de las visitas a la sala de emergencias, las hospitalizaciones a corto plazo, las pruebas repetitivas y el costo general de la atención

Los objetivos varían de una red a otra. La ACO tiene que pagarnos si no cumple con sus objetivos.

¿Se comparte mi información médica dentro de la red?

Sí. Esto se debe a que sus médicos quieren tratarlo en función de sus necesidades únicas. Para ello, necesitan tener una visión completa de su atención médica.

¿Cómo puedo saber quién está en una ACO?

Nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea puede ayudar. Busque el nombre de la red en los resultados de su búsqueda.

Conozca los costos y las normas para usar su plan

Conozca estos términos, que definen cómo paga por su atención médica:

- **Monto permitido:** es el monto que recibe el proveedor.
- **Copago:** un monto fijo que usted paga por un servicio de atención médica cubierto. Lo paga al momento de recibir el servicio. Su copago para un especialista es mayor que para su médico de familia.
- **Coseguro:** usted paga una parte de la factura y nosotros pagamos la otra. Por lo general, es un porcentaje. Digamos que la cantidad permitida es \$100 y su coseguro es el 20 por ciento. Usted pagaría \$20 y nosotros pagaríamos \$80 al proveedor.
- **Deducible:** el monto que paga por los servicios cubiertos antes de que su plan comience a pagar.
- **Otros deducibles:** estos se pueden aplicar al mismo tiempo:
 - **Deducible por hospitalización:** usted lo paga cuando es paciente en un hospital.
 - **Deducible por consultas a la sala de emergencias:** usted lo paga cuando acude a la sala de emergencias. *No debe pagar esto si ingresa al hospital dentro de las 24 horas.*

Dentro de la red y fuera de la red: por qué es importante

Si acude a un proveedor o un hospital que está fuera de la red de su plan, por lo general, pagará más. Tan simple como eso.

Planes solo de red

Estos planes cubren los servicios de atención médica *solo* cuando los proporciona un médico de la red. Por lo tanto, si obtiene servicios de un médico o de otros proveedores de atención médica fuera de la red, pagará más. Para ver las excepciones, consulte los documentos de su plan.

Planes que cubren servicios fuera de la red

Ofrecemos planes que cubren algunos de sus costos por servicios fuera de la red. Pero, aun así, pagará menos si acude a un médico de nuestra red.

¿Qué significa que un médico está en nuestra red?

Los médicos de nuestra red tienen contrato con nosotros. Ellos acuerdan cuánto le cobrarán por los servicios cubiertos. Esa cantidad es, a menudo, menos de lo que le cobrarían si no estuvieran en nuestra red.

Los médicos también acuerdan no facturarle ninguna cantidad por encima de su tarifa de contrato. Lo único que tiene que pagar es su coseguro o sus copagos, junto con cualquier deducible. Su médico de la red se encargará de cualquier certificación previa que su plan requiera. (La certificación previa significa obtener nuestra aprobación con anticipación).

3 puntos que debe tener en cuenta si consultará a un médico fuera de la red

1. Su médico puede cobrarle a usted el monto que nosotros no cubrimos.
2. Pagará copagos, coseguros y deducibles más altos de acuerdo con su plan.
3. Los costos que no cubrimos, pero que usted paga, no se tienen en cuenta para su deducible ni para los límites de lo que paga de su bolsillo.

Plámenos y pregunte cuánto pagará por consultar a un médico fuera de la red

Ingrese a **Aetna.com** para obtener más información acerca de cómo pagamos los beneficios fuera de la red.

No necesita remisiones con planes Open Access

Si tiene un plan Open Access o de Organización de proveedores preferidos (PPO), no necesita una remisión del médico habitual para consultar a un especialista. Tampoco es necesario seleccionar un médico de atención primaria (PCP). Sin embargo, es una buena idea tener uno. Esto se debe a que su PCP puede ayudarle a explorar el sistema de atención médica.

Obtener nuestra aprobación con anticipación

En ocasiones, pagaremos la atención solo si obtiene nuestra aprobación antes de recibirla. Llamamos a eso certificación previa.

Por lo general, solo la necesita para recibir atención de mayor gravedad, como una cirugía o una internación en un hospital. Cuando recibe atención de un médico de nuestra red, su médico obtiene una certificación previa de nosotros. No obstante, si recibe atención fuera de nuestra red, debe llamarnos para obtener la certificación previa.

Los documentos de su plan mencionan los servicios que requieren certificación previa.

¿Qué sucede si no obtiene la certificación previa?

Tendrá que pagar la totalidad o una mayor parte del costo del servicio. Incluso con la certificación previa, por lo general, pagará más cuando acceda a médicos que no formen parte de nuestra red.

¿Cómo comienzo el proceso de certificación previa?

Llame al número que aparece en su identificación de miembro. Debe obtener la certificación previa *antes* de recibir la atención médica, a menos que sea una emergencia. Nunca necesita obtener certificación previa para servicios de emergencia.

Recuerde, sin una certificación previa, es posible que deba pagar todos los costos correspondientes a lo siguiente:

- Atención médica
- Medicamentos con receta
- Equipo médico

¿Qué es una revisión de utilización?

Algunas veces, revisamos un caso para asegurarnos de lo siguiente:

- Que el servicio o suministro cumpla con las pautas establecidas.
- Que sea un beneficio cubierto por su plan.

Seguimos las siguientes normas:

- Capacitamos a nuestro personal para que se centre en que los miembros reciban la atención adecuada.
- No recompensamos a los profesionales u otros individuos por negar la cobertura.
- No fomentamos a los miembros del personal a tomar decisiones que den como resultado un nivel bajo de utilización de los servicios de atención médica ni recompensamos a los empleados que niegan la cobertura.

¿Qué sucede si es una emergencia?

- Llame al **911** o acuda a la sala de emergencias más cercana. Si tiene tiempo, llame a su médico.
- No es necesario que le demos nuestra aprobación para los servicios de emergencia.
- Luego, informe a su médico lo antes posible. Un amigo o familiar puede llamar por usted.

Cómo determinar si es una emergencia "real"

- Sus síntomas son repentinos y graves.
- Si no recibe ayuda de inmediato, podría morir o enfrentarse a un riesgo real para su salud. Si está embarazada, esto incluye al futuro bebé.

Cubrimos la atención de emergencia en cualquier momento y en cualquier lugar del mundo.

De qué forma está cubierta la atención de emergencia, dondequiera que esté

En ocasiones, no puede elegir dónde ir para recibir atención. Quizás está teniendo un ataque cardíaco o ha estado involucrado en un accidente automovilístico. Cuando necesite atención de inmediato, vaya a cualquier médico, clínica ambulatoria, centro de atención de urgencia o sala de emergencias. Se encuentra cubierto.

Bien, es una emergencia real. Pero, ¿cuánto me costará?

Pagaremos la factura como si hubiese recibido atención dentro de la red. Eso significa que deberá pagar solo lo que paga normalmente: los copagos, coseguros y deducibles de su plan. Si necesitamos más información, nos pondremos en contacto con usted.

Atención fuera de horario

Su médico debe tener un servicio de contestador para cuando usted llame después del horario de atención de su consultorio. También puede ir a un centro de atención de urgencia o a una clínica de atención sin turno previo. Para encontrar un centro cerca de usted, inicie sesión en **Aetna.com** y busque en nuestra lista de médicos y otros proveedores de atención médica. Los documentos de su plan pueden indicarle cuánto paga por estos servicios.

Evite las facturas inesperadas

Antes de acudir para recibir atención médica, revise los documentos de su plan para ver qué está cubierto. ¿No puede encontrar los documentos de su plan? No se preocupe, simplemente plámenos. Use el número que aparece en su identificación de miembro. Podemos responder a sus preguntas sobre lo que está cubierto. También podemos enviarle una copia en papel de lo que cubre su plan.

¿No está satisfecho con nuestra decisión sobre su apelación?

Si nuestra decisión se basa en un criterio médico, es posible que pueda obtener una revisión de alguien que no pertenezca a Aetna. Simplemente siga las instrucciones que figuran en nuestra respuesta a su apelación.

Puede elegir una de las dos siguientes opciones:

- Llámenos al número que aparece en su identificación de miembro para solicitar un formulario de revisión externa.
- Visite **Aetna.com** y escriba “revisión externa” en la barra de búsqueda.

En la mayoría de los casos, primero deberá finalizar todas sus apelaciones internas.

Qué debe hacer si no está de acuerdo con nosotros

Háganos saber si no está de acuerdo con algo que hayamos hecho. Puede hablar con nosotros por teléfono. El número de teléfono figura en su identificación de miembro. También puede enviarnos una queja por escrito. ¿Aún no está satisfecho después de hablar con nosotros? Entonces puede pedirnos que enviemos su queja al departamento adecuado.

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

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

La carta que le enviamos le informa lo siguiente:

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

Comprenda sus derechos y responsabilidades

Cómo puede conocer sus derechos como miembro

Usted tiene muchos derechos legales como miembro de un plan de salud. Para ver una lista completa, puedes elegir una de las siguientes opciones:

- Ingresar a **Aetna.com/Individuals-Families/Member-Rights-Resources.html** para ver la lista completa.
- Obtener una copia en papel llamando al número que aparece en su identificación de miembro.

¿Desea saber cómo controlamos la calidad de su atención?

Nos aseguramos de que su médico le proporcione a usted y a su familia una atención de calidad. Para saber cómo lo hacemos, visite **Aetna.com**. Escriba “administración de calidad y esfuerzos para mejorar” en el cuadro de búsqueda. Para obtener una copia en papel, simplemente llámenos al número gratuito que aparece en su identificación de miembro.

De qué manera Aetna protege su privacidad

Tenemos el compromiso de mantener la privacidad de su información personal.

Qué es y qué no es la información personal

Por “información personal” nos referimos a la información que puede identificarlo. Puede incluir su información financiera y de salud. No incluye lo que el público puede ver fácilmente. Por ejemplo, cualquiera puede ver lo que cubre su plan. Otro ejemplo: informes que no lo nombran a usted.

Cómo obtenemos la información sobre usted

Recibimos información sobre usted de muchos lugares. Primero, por supuesto, de usted. Pero también obtenemos información de su empleador, de otras aseguradoras o de proveedores de atención médica, como los médicos.

Cuando hay algo incorrecto

¿Cree que hay algo incorrecto o que falta en su información personal? Puede pedirnos que la modifiquemos. La ley establece que debemos hacer esto de manera oportuna. Si estamos en desacuerdo con su cambio, puede presentar una apelación.

Cómo utilizamos la información sobre usted

Cuando la ley nos lo permite, utilizamos su información personal tanto dentro como fuera de nuestra empresa. La ley establece que no necesitamos obtener su aprobación cuando lo hagamos.

Podemos usarla para brindarle atención médica. Podemos usarla para administrar nuestro plan de salud. Esto significa que podemos compartirla con médicos, dentistas, farmacias, hospitales u otros cuidadores. También podemos compartirla con otras aseguradoras, proveedores, oficinas gubernamentales o administradores externos (esto incluye a los patrocinadores del plan o los empleadores). Sin embargo, por ley, todos estos terceros deben mantener la privacidad de su información.

También podemos utilizar su información cuando pagamos las reclamaciones o trabajamos con otras aseguradoras para pagar las reclamaciones. O bien, cuando tomamos decisiones sobre el plan. Podemos usarla cuando realizamos auditorías o analizamos la calidad de nuestro trabajo.

A veces, necesitamos su permiso para divulgar su información

En ocasiones, necesitamos su permiso para divulgar información personal. Esto se explica en nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad. Entró en vigor el 9 de octubre de 2018. Este aviso explica cómo usamos o divulgamos su información de salud protegida (PHI):

- A los efectos de la compensación laboral.
- Según lo estipula la ley.
- Sobre las personas que han fallecido.
- Para la donación de órganos.
- Para cumplir con nuestras obligaciones de acceso individual y el cumplimiento y la aplicación de la HIPPA.

Para obtener una copia de este aviso, visite **Aetna.com**. O bien, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.



La acreditación otorgada por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA) es un compromiso asumido por nosotros para mejorar constantemente la calidad y satisfacer las expectativas de los clientes. Puede encontrar una lista completa de planes de salud y su condición con respecto al NCQA en el sitio web del NCQA, <http://reportcard.ncqa.org>.

Para delimitar su búsqueda, sugerimos que investigue las siguientes áreas:

1. **Planes de seguro de salud:** para planes salud HMO y PPO.
2. **Médicos y consultorios médicos:** para buscar médicos reconocidos por el NCQA en los campos de Conexiones con consultorios médicos, Conexiones con consultorios médicos-Hogar médico centrado en el paciente, Hogar médico centrado en el paciente, Consultorio de especialidad centrado en el paciente para problemas cardíacos/apoplejía y para diabetes. Los proveedores, en todos los entornos, logran el reconocimiento presentando datos que demuestren que brindan atención de calidad. El programa constantemente evalúa medidas clave que se definieron y evaluaron cuidadosamente para su relación con una mejor atención; por lo tanto, el reconocimiento del proveedor del NCQA está sujeto a cambios.

Revise "Other Reports on Health Care Quality" (Otros informes sobre la calidad de la atención médica) en el menú desplegable, que incluye "**Managed Behavioral Healthcare Organizations**" (**Organizaciones administradas de salud conductual**) para obtener información sobre acreditaciones de salud conductual y "**Credentials Verifications Organizations**" (**Organizaciones de verificación de credenciales**) para obtener información sobre la certificación de credenciales.

Si necesita este material traducido a otro idioma, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-565-1236 (TTY: 711). If you need this material translated into another language, please call Member Services at 1-866-565-1236 (TTY: 711).