



Estamos a su lado

Plan de seguro por enfermedad especificada del grupo de Aetna

Esté preparado para lo que viene después

La cobertura de enfermedad especificada del grupo 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 enfermedad especificada del grupo?

Con el plan de seguro por enfermedad especificada del grupo 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 enfermedad especificada del grupo 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.

¿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.

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

El plan de seguro por enfermedad especificada del grupo de Aetna está asegurado por Aetna Life Insurance Company (Aetna).

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

57.03.502.2-NY (02/21)



¿Lo sabía?

Cada 40 segundos, una persona en los Estados Unidos tiene un ataque cardíaco¹. La internación en caso de ataque cardíaco cuesta, en promedio, \$20,246².



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 enfermedad especificada del grupo 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 enfermedad especificada del grupo. 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.



¹ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. "Heart attack". 18 de agosto de 2017. Disponible en cdc.gov/heartdisease/heart_attack.htm. Consultado el 8 de mayo de 2018.

² Michaels, M. "The 35 most expensive reasons you might have to visit a hospital in the US — and how much it costs if you do". Business Insider. 1.º de marzo de 2018. Disponible en businessinsider.com/most-expensive-health-conditions-hospital-costs-2018-2. Consultado el 26 de abril de 2018.

* 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
151 Farmington Avenue, Hartford, Connecticut 06156

COBERTURA PARA ENFERMEDADES ESPECÍFICAS Y CÁNCER SOLAMENTE

DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN REQUERIDA

SI USTED TIENE 65 AÑOS DE EDAD O MÁS, POR FAVOR LEER:

Esta póliza es una póliza de grupo Esta póliza proporciona cobertura para enfermedades específicas y cáncer SOLAMENTE. Esta póliza NO proporciona seguro complementario de Medicare, seguro de cuidado a largo plazo, seguro de hogar de ancianos solamente, seguro de cuidado en el hogar solamente o seguro de hogar de ancianos y de cuidado en el hogar, como se define por el Departamento de Servicios Financieros del Estado de New York. También puede comunicarse con la oficina local del seguro social de esta empresa y obtener una copia de la Guía de Seguro de Salud para Personas con Medicare.

SI USTED ES MENOR DE 65 AÑOS DE EDAD, POR FAVOR LEER:

Esta póliza es una póliza de grupo. Esta póliza proporciona cobertura para enfermedades específicas y cáncer SOLAMENTE. Esta póliza NO proporciona seguro básico de hospital, seguro médico básico ni seguro médico principal, como se define por el Departamento de Servicios Financieros del Estado de New York.

A. La cobertura para **enfermedades específicas** está diseñada para pagar los beneficios SOLAMENTE cuando se produce un **diagnóstico** inicial como resultado de una **enfermedad crítica** cubierta. La cobertura es sólo para las **enfermedades críticas** específicas. La cobertura para enfermedades específicas no se proporciona para otras enfermedades, accidentes o discapacidades.

La cobertura de beneficios de cáncer está diseñada para pagar los beneficios SÓLO cuando una **persona asegurada** se **diagnostica** inicialmente de tener **cáncer (invasivo), carcinoma in situ o cáncer de piel**.

B. BENEFICIOS

Pagaremos los beneficios correspondientes si la **persona asegurada** es **diagnosticada** con una **enfermedad crítica**. Los máximos de beneficios se muestran en el Programa de Beneficios del en la póliza. La **fecha del diagnóstico** de la **enfermedad crítica** debe ocurrir después del **período de espera** y mientras que la cobertura para la **persona asegurada** esté en vigor.

Pagaremos los beneficios de cáncer correspondientes cuando la **persona asegurada** se **diagnostica** inicialmente de tener **cáncer (invasivo), carcinoma in situ o cáncer de piel**. Los máximos de beneficios se muestran en el Programa de Beneficios en la póliza. La **fecha del diagnóstico** de **cáncer (invasivo), carcinoma in situ o cancer de piel** debe ocurrir después del **período de espera** y mientras que la cobertura para la **persona asegurada** esté en vigor.

Valor nominal del empleado	\$10,000 o \$20,000 o \$30,000
Valor nominal del cónyuge asegurado/de la pareja de unión civil/de la pareja de hecho	50% del valor nominal del empleado
Valor nominal de los niños asegurados	50% del valor nominal del empleado

Beneficios para enfermedades críticas	Porcentaje del valor nominal
Ataque cardíaco (infarto de miocardio)	100%
Derrame cerebral	100%
Insuficiencia de órganos principales	100%
Insuficiencia renal terminal	100%
Enfermedad de las arterias coronarias	25%
Enfermedad de Parkinson	100%

Beneficios por cáncer	Porcentaje del valor nominal /Monto del beneficio
Cáncer (invasivo)	100%
Carcinoma in Situ	25%
Cáncer de piel	\$2,000
Máximo	una vez por vida de la persona asegurada

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

C. EXCLUSIONES

Los beneficios bajo la póliza no serán pagaderos por ninguna **enfermedad específica , cáncer (invasivo), carcinoma in situ o cáncer de piel** que sea **diagnosticado** o para el cual se haya recibido **atención** fuera de los Estados Unidos y sus territorios, o por cualquier pérdida causada en su totalidad o en parte o como resultado de todo o parte de lo siguiente:

1. Suicidio, intento de suicidio o lesiones autoinfligidas;
2. Estar intoxicado o bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que sea administrado por el **médico** y tomado en la dosis recetada;
3. Participación en un delito, motín o rebelión;
4. Guerra o acto de guerra (ya sea declarada o no).

- D. La póliza establece los derechos y las obligaciones de usted y la compañía de seguros. Por lo tanto, es imperativo que LEA SU PÓLIZA cuidadosamente.
- E. La proporción del beneficio esperado para esta póliza o certificado es 65.0%. Esta proporción es la porción de las primas futuras que la compañía se promedia sobre todas las personas con esta póliza o certificado.

RESUMEN DE BENEFICIOS

802877

Enfermedad especificada del grupo Aetna con cáncer

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 tabla a continuación se pagarán cuando se le diagnostica una enfermedad crítica cubierta. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios y las limitaciones 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	Bajo	Medio	Alto
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		

Beneficios de enfermedad especificada

Característica	Porcentaje del valor nominal:
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.	100%
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 .	100%
Coronary artery condition requiring bypass surgery Pays a benefit when you are diagnosed with a coronary artery condition requiring bypass surgery.	25%
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.	100%

Característica	Porcentaje del valor nominal:
<p>Etapa final de la enfermedad renal</p> <p>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>Condición de las arterias coronarias que requieren cirugía de bypass</p> <p>Paga un beneficio cuando se le diagnostica una afección de las arterias coronarias que requiere cirugía de derivación (bypass).</p>	100%
<p>Beneficio de diagnóstico de Enfermedad especificada posterior</p> <p>El beneficio de diagnóstico posterior se paga si a la persona asegurada se le diagnosticó una Enfermedad especificada, recibió un beneficio al respecto y posteriormente se le diagnostica una Enfermedad especificada diferente.</p>	100%
<p>Beneficio de diagnóstico de Enfermedad especificada recurrente</p> <p>Si una persona asegurada se le ha diagnosticado inicialmente con una Enfermedad especificada y recibió un beneficio para una Enfermedad especificada y luego se diagnostica con la misma Enfermedad especificada de nuevo, pagaremos el porcentaje anteriormente indicado del beneficio como se indica en el Programa de Beneficios para la Enfermedad especificada recurrente diagnosticada.</p>	100%

Beneficio de cáncer

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal
<p>Cáncer (Invasivo)</p> <p>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.</p>	100%
<p>Carcinoma in situ (no invasivo)</p> <p>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.</p>	25%
<p>Cáncer de piel</p> <p>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></p>	\$2,000

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal
<p>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 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 después.</p>	100%
<p>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 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 después.</p>	100%

Cobertura 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) | • Exámenes rectales digitales (DRE) |
| • Análisis de glucosa en sangre en ayunas | • Colonoscopia |
| • Exámenes Doppler para la enfermedad vascular periférica (también conocido como arteriosclerosis) | • Colonoscopia virtual |
| • Ultrasonido Doppler carotídeo | • Antígeno carcinoembrionario (CEA) |
| • Electrocardiograma (EKG, ECG) | • Examen 15-3 de antígeno de cáncer (CA) (cáncer de mama) |
| • Ecocardiograma (ECHO) | • Mamografía |
| • Radiografía del pecho (CXR) | • Ultrasonido de seno (mama) |
| • Termografía | • Examen 125 de antígeno de cáncer (CA) (cáncer de ovario) |
| • Examen de médula ósea | • Pruebas Papanicolaou |
| • Inmunizaciones para adultos y niños | • Exámenes de anomalías citológicas |
| • Vacuna contra el VPH (virus de papiloma humano) | • Prueba de Papanicolaou ThinPrep |
| • Detección de cáncer de piel | • Electroforesis de proteínas en suero (prueba de sangre para el mieloma) |
| • Examen para antígeno prostático específico (PSA) | |
| • Sigmoidoscopia flexible | |

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

Enfermedades especificadas: 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, **cáncer (invasivo)**, **cáncer de seno (mama)** o **cáncer de piel** 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, intento de suicidio o lesión autoinfligida intencionalmente
2. Estar intoxicado o bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que sea administrado por consejo de un médico y se toma en la dosis recetada
3. Participar en un delito grave, motín o insurrección
4. Guerra o acto de guerra (ya sea declarada o no declarada)

Continuación del seguro

Su plan incluye una opción de continuación del seguro, que le permite mantener su cobertura actual al hacer pagos directos a la compañía aseguradora. Puede usar esta opción si su relación laboral cesa por cualquier motivo. Consulte su certificado para ver las disposiciones de continuación del seguro adicionales.

Preguntas frecuentes sobre el plan de Enfermedades especificadas

¿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.

¿Cómo sé si se me considera un consumidor de tabaco y cómo debo seleccionar las tarifas de tabaco?

Usted es un consumidor de tabaco si actualmente utiliza o ha utilizado algún producto de tabaco en los últimos 12 meses. Los productos de tabaco incluyen, entre otros, cigarrillos, puros, tabaco, dip, tabaco de masticar, pipa y/o cualquier sistema de suministro de nicotina.

¿Puedo tener más de un Plan de Enfermedad especificada?

No, usted no podrá tener más de un Plan de Enfermedad especificada de Aetna.

¿Qué significa Valor nominal?

Valor nominal significa el monto fijo en dólares máximo que podría recibir por cada beneficio de Enfermedad especificada. El Valor nominal de su cónyuge y cada uno de sus dependientes. 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 Enfermedad especificada compatible con una Cuenta de ahorros médicos (HSA)?

Sí, las pólizas de Enfermedad especificada 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.

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.

http://demo.avpenroll.com/media/1591/maine-nh-prod_serv_consumer_guide_cancer.pdf

http://demo.avpenroll.com/media/1590/aetna-utah_ci_buyersguide.pdf

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-9684



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)
