

Información importante para el consumidor

Para los planes *Aetna Affordable Health Choices*SM

Plan de beneficios médicos

El plan de beneficios médicos que usted tenga será determinado por el patrocinador de su plan y suscrito por Aetna Life Insurance Company, 151 Farmington Avenue, Hartford, CT, 06156. El Folleto-certificado que le será proporcionado próximamente contendrá los beneficios y puntos principales de la Póliza de Grupo para las personas cubiertas bajo su plan de beneficios médicos.

Participación del miembro en los costos

Usted es responsable de todo copago, coseguro y deducible para los servicios que están cubiertos. Dichas obligaciones se pagan directamente al proveedor o centro médico en el momento de la prestación del servicio. Las sumas de copago, coseguro y deducible están enumerados en su resumen de beneficios y documentos del plan.

Cómo Aetna remunera a su proveedor médico

Todos los médicos son médicos de práctica independiente y no son empleados ni tienen contrato exclusivo con Aetna. Los médicos pertenecen a la red a través de un contrato directo con Aetna* y/o su afiliación a un grupo u organización que tenga contrato con nosotros.

Se remunera a los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red de varias formas para los servicios cubiertos bajo su plan:

- Por servicio o caso particular (tarifa por servicio, según las tarifas convenidas).
- Por día de hospital (tarifas convenidas por día).

Última voluntad médica

La última voluntad médica es un documento legal en el que define sus deseos relativos a su atención médica. Puede ayudar a los médicos y familiares a determinar su tratamiento médico si por alguna razón usted no puede tomar sus propias decisiones sólo.

Existen tres ejemplos de la última voluntad médica:

- Testamento en vida: indica el tipo y la cantidad de atención médica que desea recibir.

- Poder duradero: designa a alguien de su confianza para que tome las decisiones médicas en su nombre.
- Orden de no resucitar: indica que no desea recibir resucitación cardiopulmonar (RCP) si su corazón deja de latir o si deja de respirar.

Usted puede crear una última voluntad médica de varias formas:

- Obtener una última voluntad médica de un profesional de la salud. Ciertas leyes exigen que los centros médicos que reciben fondos de *Medicare* y *Medicaid* pregunten a todos los pacientes al momento de ser hospitalizados si tienen una última voluntad médica. No necesita tener una para recibir atención médica, pero la ley nos exige darle la oportunidad de crear una.
- Pida un formulario de última voluntad médica en las oficinas estatales o legales del envejecimiento, colegios de abogados, programas de servicios legales o en el departamento de salud local.
- Coordine con un abogado para desarrollar su última voluntad médica.
- Cree una última voluntad médica usando software de computadora diseñado para este propósito.

La última voluntad médica y Orden de no resucitar. Academia Americana de Médicos de Familia, Marzo de 2005 (Disponible en <http://familydoctor.org/003.xml?printxml>)

Atención después de horas hábiles

Usted puede llamar al consultorio del médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si tiene preguntas o inquietudes médicas. También puede considerar visitar a un centro de atención médica urgente que pertenezca a la red.

Datos de seguridad disponibles del proveedor médico de la salud del comportamiento

Para obtener información sobre nuestros datos de seguridad de la red de proveedores médicos del comportamiento, por favor visite el sitio de Internet

* Aetna es la marca utilizada para los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna.

www.aetna.com y revise los enlaces sobre calidad y seguridad del paciente publicados:
<http://www.aetna.com/docfind/quality.html#jcaho>.
Usted puede seleccionar el enlace de verificación de la calidad relativo a los informes de seguridad de nuestros proveedores.

Pago de reclamos para proveedores que no pertenecen a la red y uso del "software" de reclamos de reembolso

Si su plan incluye cobertura de los servicios obtenidos fuera de la red y usted obtiene cobertura bajo esta parte del plan, debe estar al tanto de que Aetna generalmente determina el pago de los proveedores que no pertenecen a la red consultando (i) los datos comercialmente disponibles que reflejan el monto normalmente pagado a la mayoría de proveedores por determinado servicio en el área geográfica, o (ii) otros acuerdos contractuales. Si no hay datos disponibles en el mercado, es posible que se base la determinación en los datos propios de Aetna u otras fuentes. También es posible que Aetna utilice programas de computación (incluyendo *ClaimCheck*®) y otras herramientas para tener en cuenta distintos factores, como son la complejidad, cantidad de tiempo y la manera de facturar. Usted podrá ser responsable por el pago de todo monto que Aetna determine que no está cubierto bajo su plan.

Revisión de la tecnología

Aetna revisa las nuevas tecnologías médicas, procedimientos de la salud del comportamiento, productos farmacéuticos y dispositivos para determinar cuáles serán cubiertos por nuestros planes. Incluso investigamos los usos novedosos de las tecnologías existentes para ver si tienen potencial. Para revisar estas innovaciones, nosotros:

- Estudiamos la investigación médica y evidencia científica sobre la seguridad y eficacia de las tecnologías médicas.
- Consideramos las declaraciones de posición y normas de la práctica clínica de grupos médicos y gubernamentales, incluyendo la agencia federal para la investigación y calidad médica.
- Obtenemos las opiniones de los especialistas y expertos en la tecnología.
- Determinamos si las tecnologías son experimentales o de investigación.

Puede informarse más sobre las nuevas pruebas y tratamientos en nuestros Boletines de políticas clínicas. Puede encontrar los boletines en www.aetna.com, bajo el menú "Members and Consumers" (miembros y consumidores).

Medicamento necesario

"Medicamento necesario" significa que el servicio o suministro es proporcionado por un médico u otro proveedor médico con criterio prudente clínico con el propósito de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión o sus síntomas, y que el proporcionar dicho servicio o suministro:

- Es clínicamente apropiado de acuerdo con **las normas de aceptación general en la práctica de la medicina** en lo que se refiere a frecuencia, grado, lugar y duración;
- Es considerado eficaz de acuerdo con **las normas de aceptación general en la práctica de la medicina** para la enfermedad o lesión; y
- No es principalmente para conveniencia del miembro, o para la conveniencia del médico u otro proveedor médico; y
- No es más costoso que un servicio alternativo o secuencia de servicios alternativos que, por lo menos, produzcan resultados terapéuticos o de diagnóstico equivalentes en lo que se refiere al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión.

Para estos propósitos, "**normas de aceptación general en la práctica de la medicina**" significa normas que se basan en evidencia científica creíble publicada en publicaciones con revisión de expertos médicos reconocidas por la comunidad médica relevante. En ausencia de ésta evidencia científica creíble, las determinaciones de si un servicio o suministro es compatible con las "**normas de aceptación general en la práctica de la medicina**" será consistente con las recomendaciones de la sociedad de la especialidad médica o, de lo contrario, se basará en las opiniones de médicos que practiquen en áreas clínicas relevantes y en todo otro factor relevante.

Boletines de la política clínica

Los boletines de la política clínica de Aetna describen las decisiones de Aetna en su política con relación a si ciertos servicios o suministros son médicamente necesarios, basados en una revisión de información clínica disponible en el momento. Las decisiones clínicas sobre decisiones de cobertura individual se toman caso por caso de acuerdo con las políticas aplicables.

Los boletines de la política clínica de Aetna no constituyen consejo médico. Los proveedores tratantes son únicamente responsables por proporcionar consejo médico y su tratamiento. Usted debe hablar con su proveedor tratante sobre todo boletín de política clínica relacionado con su cobertura o condición.

Mientras que los boletines de la política clínica de Aetna son creados para prestar asistencia en la administración del plan médico, los mismos no constituyen una descripción de los beneficios del plan. Cada plan médico define qué servicios están cubiertos, cuáles están excluidos y cuáles están sujetos a límites en dólares u otros tipos de límites. Usted y sus proveedores necesitan consultar al plan médico para determinar si existen exclusiones u otras limitaciones de beneficios aplicables al servicio o suministro.

Presentación de una queja o apelación

Aetna se empeña en resolver sus problemas de cobertura, quejas e inquietudes. Si usted tiene un problema de cobertura o cualquier otro problema, llame a Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación. Si Servicios al Miembro no logra resolver su problema de forma satisfactoria, será derivado al departamento correspondiente para su resolución.

Si usted no está satisfecho con el resultado de su contacto inicial, puede presentar una apelación. Se tomará una decisión con relación a su apelación de acuerdo con los procedimientos aplicables a su plan y a las leyes estatales aplicables. Consulte los documentos de su plan para obtener más información sobre los procedimientos de apelación para su plan.

Información sobre las decisiones de cobertura

A veces recibimos reclamos de reembolso por servicios que no están cubiertos por nuestro plan médico o que no están incluidos en los términos de su plan. Puede ser un poco confuso, incluso para sus médicos. Nuestro trabajo es tomar decisiones de cobertura de acuerdo con su plan de beneficios específico. Si un reclamo es denegado, le enviaremos una carta informándolo. Si no está de acuerdo, puede presentar una apelación. Para presentar una apelación, siga las instrucciones de la carta que explica que su reclamo fue denegado. Nuestras decisiones de las apelaciones se basarán en las disposiciones de su plan y de cualquier documento estatal y federal que apliquen a su plan. Consulte los documentos de su plan para informarse más sobre los procedimientos de apelación para su plan.

Revisión externa

Aetna ha desarrollado un proceso de revisión externa para brindarle la oportunidad de solicitar una revisión externa de determinadas denegaciones de cobertura de forma objetiva y pronta. Una vez agotado el proceso de apelación correspondiente, usted podrá optar por la revisión externa de la decisión si la denegación de cobertura por la que usted sería responsable supera los \$500* y se basa en la ausencia de necesidad médica o en la naturaleza experimental o de investigación del servicio o suministro

propuesto. Las normas pueden variar por estado si existe un proceso de revisión externa mandado por el estado que se aplique a su plan.

Una organización de revisión externa remitirá el caso para la revisión de un médico independiente con experiencia adecuada en el área en cuestión. Una vez presentada toda la información necesaria, en general, se decidirá la revisión externa dentro de los 30 días calendarios de la solicitud.

Existe un procedimiento de revisión acelerada cuando su médico certifique que una demora en la prestación del servicio perjudicaría su salud. Una vez finalizada la revisión, el plan cumplirá con la decisión del revisor externo. Aetna pagará por el costo de la revisión (excepto donde la ley estatal requiera que usted pague una tasa judicial como parte del mandato estatal del programa).

Ciertos estados exigen la revisión externa de los problemas con los beneficios o servicios adicionales; algunos podrán requerir el pago de una tasa de inicio de trámite. Además, ciertos estados exigen el uso de su propio proceso de revisión externa para las decisiones relacionadas con la necesidad médica y la cobertura experimental/de investigación. Para información más detallada sobre el proceso de apelación de su plan y la disponibilidad del proceso de revisión externa, llame a Servicios al Miembro al número sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación. Podrá obtener un formulario de solicitud de revisión externa de Servicios al Miembro. Usted también puede llamar al departamento estatal de seguros o de salud o, consultar su sitio de Internet para obtener información adicional con relación a los procedimientos de revisión externa exigida por el estado.

Derechos y responsabilidades del miembro

Usted tiene derecho de recibir una copia de nuestra declaración de los Derechos y responsabilidades del miembro. Usted puede obtener esta información en Internet en www.aetna.com/about/MemberRights/. También puede obtener una copia impresa llamando a Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

Servicios al Miembro

Para solicitar información adicional relativo a los beneficios, copagos u otros costos, obtener información sobre como presentar un reclamo, una queja o apelación, o cualquier otra pregunta, puede comunicarse con Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación.

Intérprete/personas con impedimentos auditivos

Si requiere la asistencia de un representante de SRC, llámenos en horario de oficina al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación. Nuestros representantes pueden:

- Responder preguntas sobre beneficios.
- Encontrar servicios médicos fuera de su área.
- Informarle sobre cómo presentar quejas y apelaciones.
- Comunicarlo con los servicios de la salud del comportamiento (si están incluidos en su plan).
- Encontrar información médica específica.

Línea directa multilingüe: 1-888-982-3862

(Tenemos 140 idiomas disponibles.)

Debe pedir un intérprete.)

TDD 1-800-628-3323 (sólo para personas con impedimentos auditivos)

Programa para el mantenimiento de la calidad

Llame a Aetna para informarse sobre los esfuerzos de calidad específicos que tenemos implementados en su área local. Pida a Servicios al Miembro el número de teléfono de la oficina para el Mantenimiento de la calidad de su región. Si desea información sobre el Programa para el mantenimiento de la calidad de la salud del comportamiento de Aetna, pida a Servicios al Miembro el número de teléfono de la Oficina para el Mantenimiento de la Calidad de su Centro de Mantenimiento de la Salud.

Aviso de privacidad

Aetna considera que la información personal es confidencial y cuenta con políticas y procedimientos para protegerlo contra el uso y la divulgación ilegal. "Información personal" se refiere a la información del miembro relacionada con su salud o condición médica, física o mental, la prestación de atención médica y el pago por estas prestaciones. La información personal no incluye información pública o información disponible o proporcionada de manera resumida o acumulada y que no lo identifique a usted.

Cuando es necesario o apropiado para el cuidado o tratamiento del miembro, la operación de nuestros planes médicos, o para llevar a cabo otras tareas pertinentes, usamos la información personal internamente, la compartimos con nuestras afiliadas y la revelamos a los proveedores médicos (médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros proveedores de salud), pagadores (organizaciones de proveedores de salud, empleados que patrocinan planes médicos autofinanciados o que comparten la responsabilidad del pago de beneficios, y

otros que puedan ser económicamente responsables por el pago de servicios o beneficios que usted reciba bajo el plan), otras aseguradoras, terceros administradores, proveedores de suministros, consultores, autoridades gubernamentales, y sus agentes respectivos. Dichas partes deben mantener la confidencialidad de la información personal, según lo disponga la ley aplicable. Se exige a los proveedores de la red que brinden acceso al miembro a sus registros médicos dentro de un plazo razonable a partir de su solicitud.

Algunas de las maneras en que se utiliza la información personal incluyen el pago de reclamos de reembolso, revisión de utilización y manejo, revisiones de necesidad médica, coordinación de cuidado y beneficios, atención médica preventiva, detección temprana, manejo de casos y enfermedades, evaluación de calidad y actividades de mejora, actividades de auditoría y contra el fraude, medición del desempeño profesional y evaluación de resultados, análisis e informes de reclamos de reembolso de atención médica, investigación sobre servicios médicos, gestión de datos y sistemas de información, cumplimiento de exigencias legales y reguladoras, gestión del listado, procesos de litigación, transferencia de pólizas o contratos de y a otras aseguradoras, HMOs y administradores externos terceros, actividades de suscripción y actividades de diligencia debida en conexión con la compra o venta de parte o toda nuestra empresa. Consideramos que estas actividades son claves para la operación de nuestros planes médicos. Dentro de lo que permite la ley, utilizamos y divulgamos la información personal según se dispone más arriba sin el consentimiento del miembro. Sin embargo, reconocemos que muchos miembros no desean recibir materiales de "marketing" no solicitados que no tengan relación con sus beneficios médicos. No divulgamos la información personal para los fines de "marketing" sin el consentimiento del miembro. También tenemos políticas para cuando usted está impedido de dar su consentimiento.

Para obtener una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, el que describe con más detalles nuestras prácticas con relación al uso y a la divulgación de información personal, por favor escriba a Strategic Resource Company (SRC), Post Office Box 23759, Columbia, SC 29224.

Usted también puede visitar nuestro sitio de Internet en www.aetna.com/docfind/custom/aaahc/. Usted puede ir directamente al Aviso de prácticas de privacidad seleccionando el enlace "Privacy Notices" (prácticas de privacidad) que aparece en la parte inferior de la página y seleccionar el enlace que corresponde a su plan específico.

Variaciones por estado

En algunos estados, Aetna ofrece información importante al consumidor adicional en los documentos que se encuentran en nuestro sitio de Internet en www.aetna.com/docfind/custom/aahc/.

Georgia

Los miembros pueden llamar al 1-888-772-9682 (sin cargo) para confirmar que un proveedor preferido pertenece a la red y/o que acepta pacientes nuevos.

Los miembros tienen acceso directo al obstetra/ginecólogo de su elección y que pertenece a la red. No necesitan referencias médicas de su médico de familia (PCP) para hacerse exámenes de rutina, incluyendo el Papanicolau cuando sea necesario y, tienen una cantidad ilimitada de visitas para problemas ginecológicos y de seguimiento.

Los miembros también tienen acceso directo a los dermatólogos de su elección y que pertenecen a la red. No necesitan una referencia médica de su médico de familia (PCP) para tener acceso a los beneficios dermatológicos cubiertos bajo su plan médico.

Se pone a disposición del miembro un resumen de todos los acuerdos o contratos establecidos entre Aetna y cualquier proveedor médico. Para obtenerlo debe solicitarlo llamando al número de teléfono de Servicios al Miembro que está en su tarjeta de identificación. El resumen no incluirá acuerdos financieros con datos actuales sobre tasas, reembolsos, cargos o tarifas convenidas entre Aetna y el proveedor. El resumen incluirá una categoría o tipo de remuneración que Aetna paga a cada clase de proveedor médico con los que tiene contrato.

Opción Consumer Choice (*Elección del Consumidor*)

La Opción *Consumer Choice* está disponible para los residentes de Georgia inscritos en ciertos planes de cuidado de la salud administrado de Aetna. Con esta opción de beneficio, los miembros de ciertos planes de cuidado de la salud administrado de Aetna podrán nombrar a un proveedor que no pertenece a la red para que les preste servicios cubiertos a ellos y a sus familiares cubiertos bajo el plan por una prima mensual adicional, pero se aplican ciertas restricciones legales. Sus beneficios médicos y los copagos correspondientes serán los mismos que para los proveedores dentro de la red. El proveedor que no pertenece a la red debe acordar aceptar la remuneración ofrecida por Aetna y cumplir con los requisitos de control de calidad del plan y, debe aceptar cumplir con todos los demás criterios razonables que el plan exige de los proveedores de su red. Es posible que el proveedor que usted nombre no desee participar.

En esta opción, le corresponderá una prima mayor, además de la prima que usted pagaría de otra forma. Su responsabilidad por la prima mayor variará dependiendo del plan que tiene (con cobertura por persona o por familia), del tipo de seguro, cláusulas y cobertura médica que tiene. Puede obtener precios y más información llamando al 1-888-772-9682. Cuando llame, tenga a mano su tarjeta de identificación de miembro de Aetna.

Hawaii

Consentimiento informado

Los miembros tienen el derecho de ser completamente informados antes de tomar una decisión sobre cualquier beneficio, tratamiento o ausencia del mismo.

Su proveedor:

- hablará con usted sobre todas las opciones de tratamiento, incluyendo la opción de no recibir ningún tipo de tratamiento;
- garantizará que las personas con incapacidades tengan medios de comunicación efectivos con el proveedor y otros miembros del plan de cuidado de la salud administrado; y
- hablará con usted sobre todos los riesgos, beneficios y consecuencias del tratamiento o la ausencia del mismo.

Su proveedor también hablará con usted y su familia inmediata sobre los testamentos en vida y poderes durables con relación al tratamiento médico.

Número de teléfono de la División de Seguros:

Podrá entrar en contacto con la División de Seguros y la Oficina de Quejas del Consumidor de Hawaii llamando al 1-808-586-2790.

Illinois

Si bien todos los proveedores del listado de proveedores tienen contrato con Aetna para prestar servicios de atención médica primaria, no todos aceptan pacientes nuevos. Aunque Aetna haya identificado a los que no aceptaban pacientes nuevos, según se comunicara a Aetna en el momento de la elaboración del listado de proveedores, la situación del proveedor puede haber cambiado. Para obtener la información más actualizada

sobre el consultorio de cualquier médico, contáctese con el médico seleccionado o llame a Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación.

La ley de Illinois exige que los planes médicos proporcionen anualmente la siguiente información a los inscritos o potenciales inscritos a pedido del interesado: una lista completa de los proveedores médicos que pertenecen a la red en el área de servicio del plan médico y una descripción de las siguientes condiciones para la cobertura:

1. el área de servicio;
2. los beneficios y servicios médicos cubiertos, con todas sus exclusiones, excepciones y limitaciones;
3. los procedimientos y requerimientos de precertificación y de revisión de utilización del plan;
4. una descripción del proceso de selección de un médico de familia, las limitaciones en el acceso a especialistas y la política actual sobre las referencias médicas;
5. la cobertura y beneficios de emergencia, incluyendo toda restricción para los servicios de atención médica de emergencia;
6. la cobertura y los beneficios obtenidos fuera del área, si los hubiera;
7. la responsabilidad monetaria del inscrito en copagos, deducibles, primas y cualquier otro gasto de bolsillo;
8. las disposiciones relativas a la continuidad del tratamiento de un proveedor si el mismo dejara de pertenecer a la red durante el curso del tratamiento de un inscrito;
9. el proceso de apelación; formularios y plazos para presentar una apelación con relación a los servicios médicos, quejas y revisiones externas independientes, quejas administrativas y quejas de revisión de utilización, incluyendo el número de teléfono donde obtener más información del plan médico con relación al proceso de apelación; y
10. una declaración de todos los servicios médicos básicos y todos los beneficios y servicios específicos a proporcionarse a los inscritos por ley estatal o reglamento administrativo.

Además, a pedido escrito del interesado, el plan médico proveerá a los inscritos una descripción de la relación financiera entre el plan médico y cualquier proveedor médico, incluyendo, si se lo solicita, el porcentaje de copagos, deducibles y primas totales pagados en gastos relativos a la atención médica, y el porcentaje de copagos, deducibles y primas totales pagados en otros gastos, incluyendo gastos administrativos.

Kansas

La ley de Kansas permite que usted reciba la siguiente información cuando la solicite:

1. Una descripción completa de los servicios, artículos y otros beneficios médicos a los que el asegurado tiene derecho en el plan médico específico que cubre o se ofrece a dicha persona;
2. una descripción de toda limitación, excepción o exclusión de cobertura en un plan de beneficios médicos, incluyendo las políticas de autorización previa, listados de medicamentos con restricciones y otras disposiciones que limitan el acceso del asegurado a servicios o artículos cubiertos;
3. una lista de los proveedores que pertenecen a la red del plan, sus direcciones comerciales y números de teléfono, su disponibilidad y toda limitación con relación a la elección del mismo;
4. notificación por adelantado de cualquier cambio en el plan de beneficios médicos que reduzca la cobertura o beneficios, o aumente el costo para la persona; y
5. una descripción de los procedimientos de quejas y apelaciones que se encuentran disponibles bajo el plan de beneficios médicos y los derechos del asegurado con relación a la terminación, baja, no renovación o cancelación de cobertura.

Kentucky

Todo proveedor que cumpla con nuestros criterios de inscripción y que esté dispuesto a cumplir con los términos y condiciones para su participación tiene derecho de pertenecer a nuestra red.

Definición de una condición médica de emergencia

Una condición médica de emergencia es una que se presenta con síntomas agudos, que incluyen el dolor intenso, de una gravedad tal que una persona prudente podría razonablemente suponer que la ausencia de atención médica inmediata podría: poner la salud de la persona en grave peligro o, con respecto de una mujer embarazada, la salud de la mujer o la de su hijo por nacer, producir daño grave a las funciones corporales; o disfunción grave a cualquier órgano o parte del cuerpo; o, con respecto a una mujer embarazada con contracciones, podría provocar una situación en la que no haya tiempo suficiente para efectuar el traslado seguro a otro hospital antes del parto; o una situación en la que el traslado podría poner en peligro la salud o seguridad de la mujer o de su hijo por nacer.

Louisiana

Aetna no utilizará, bajo ningún concepto, los resultados de las pruebas genéticas de un solicitante o inscrito para su discriminación.

Maryland

Formulario de gastos de atención médica para la salud del comportamiento

Para obtener una copia del formulario de gastos de atención médica para la salud del comportamiento, por favor llame al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación.

Michigan

Contáctese con el Departamento de Servicios al Consumidor y a la Industria de Michigan llamando al 1-517-373-0220 para verificar las licencias de los proveedores que pertenecen a la red o para informarse si hay quejas formales y acciones disciplinarias contra un proveedor de la red.

De acuerdo con la ley de Michigan, se deberá proporcionar la siguiente información cuando se la solicite:

1. fecha de certificación del proveedor por consejo u otra organización con reconocimiento nacional;
2. nombres de establecimientos habilitados donde los proveedores cuentan con privilegios;
3. requerimientos de autorización previa y limitaciones, incluyendo las restricciones en el listado de medicamentos;
4. información sobre relaciones financieras existentes entre los proveedores y el plan médico.

Cobertura para el dolor indomable

Aetna provee beneficios para la evaluación y el tratamiento del dolor indomable cuando Aetna determine que sea médicamente necesario o de otra forma elegible. Dolor indomable significa "un estado de dolor en el que la causa del dolor no puede eliminarse o tratarse y para el que, en la práctica de aceptación general de la medicina alopática u osteopática, no existe alivio o cura posible para la causa del dolor o no se ha encontrado ningún alivio después de haberse efectuado esfuerzos razonables, incluyendo, entre otros, la evaluación del médico tratante y de uno o más médicos especializados en el tratamiento del área, sistema u órgano del cuerpo percibido como la fuente del dolor".

Para obtener esta información y más información sobre el plan médico, llame a Servicios al Miembro al 1-888-772-9682.

Texas

Por favor consulte el delineamiento del diseño del plan y el resumen de las cláusulas adicionales que contiene su paquete de preinscripción para obtener una breve descripción de los servicios y beneficios médicos cubiertos bajo su plan específico, así como de los servicios y beneficios excluidos. Después de su inscripción, usted podrá consultar los documentos de su plan para una descripción más completa de los servicios y beneficios cubiertos y las exclusiones de su plan. Para averiguar si un servicio en particular está cubierto o excluido, por favor contáctese con Servicios al Miembro al número de teléfono sin cargo que aparece en su tarjeta de identificación.

La ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos

Se proporciona la siguiente información con el fin de informar a usted sobre ciertas disposiciones contenidas en el plan médico de grupo, y sobre los procedimientos pertinentes que usted puede utilizar de acuerdo con la Ley Federal.

Derechos de inscripción especial

Si usted rehusó la inscripción para usted o para sus dependientes (incluyendo su cónyuge) porque contaban con cobertura bajo otro plan médico u otro seguro médico de grupo, usted y sus dependientes se podrán inscribir en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la otra cobertura (o el empleador dejara de efectuar los aportes para dicha cobertura). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días después que se haya vencido la otra cobertura de usted o de sus dependientes (o después que el empleador dejara de efectuar los aportes para dicha cobertura).

Además, si usted tiene un nuevo dependiente como consecuencia de casamiento, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted y sus dependientes se podrán inscribir en este plan. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días después casamiento, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, comuníquese con su administrador de beneficios médicos.

Cómo solicitar un certificado de cobertura comprobable

Los miembros de patrocinadores de planes asegurados o los miembros de patrocinadores de planes autoasegurados que han contratado con nosotros para proporcionar Certificados de cobertura previa de salud, tienen la opción de solicitar un certificado.

Esto aplica a usted si ha sido un miembro cancelado, y aplica a los miembros que están actualmente activos pero quisieran un certificado para verificar su estado. Los miembros cancelados pueden solicitar un certificado por hasta 24 meses después de su cancelación. Los miembros activos pueden solicitar un certificado en cualquier momento. Para solicitar un Certificado de cobertura previa de salud, por favor comuníquese con Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación.

Si necesita este documento en otro idioma, por favor llame a Servicios al Miembro al 1-888-772-9682.