La táctica ganadora

Plan de seguro por accidentes de Aetna



Los pequeños contratiempos de la vida. En un momento su hijo está jugando un partido y al siguiente en la sala de emergencias. Le preocupa la salud de su hijo y cómo podrá cumplir con el deducible de su seguro. Es posible prepararse para momentos como este con un plan de seguro por accidentes de Aetna.

Le pagamos los beneficios en efectivo



Usted decide cómo usar su dinero

Con nuestro plan de seguro por accidentes **recibirá beneficios en una única suma** por accidentes y tratamientos cubiertos. Utilice el dinero como lo necesite: para cubrir facturas médicas o los gastos de todos los días, como el supermercado o la renta. La decisión es suya. También puede inscribirse para recibir depósitos directos y tendrá sus beneficios más rápido.

Nuestro plan complementa su plan de salud

No le negaremos la cobertura debido a su estado de salud. No hay que hacer exámenes ni cuestionarios médicos. Y le pagamos incluso si ya cuenta con otra cobertura de seguro. Por eso, es el aliado perfecto de su plan médico principal.

Los planes de seguro son ofrecidos o suscritos por Aetna Life Insurance Company (Aetna). Las formas de pólizas emitidas en Idaho incluyen las siguientes: Accident plan GR-96842.

aetna®

2376951-05-01

Aetna Simplified Claims Experience™

Presentar un reclamo toma alrededor de 90 segundos o menos. Si tiene un plan médico de Aetna®, por lo general no necesita presentar ningún documento. Accederemos a sus registros médicos para ayudar a procesar el reclamo.* Eso es menos papeleo para usted.

¿No tiene un plan médico de Aetna? Simplemente cargue un archivo PDF o una fotografía de su factura médica. También puede completar una forma impresa y enviarla por correo postal o fax a Aetna Voluntary Plans. Si su reclamo es aprobado, le enviaremos un cheque o depositaremos el dinero en su cuenta bancaria.

Administre su plan en línea

Después de inscribirse como miembro, regístrese en **MyAetnaSupplemental.com** o en la aplicación **My Aetna Supplemental**, o simplemente escanee el código QR. Use su dirección de correo electrónico personal para acceder a su cuenta y recibir recordatorios importantes, incluso si cambia de trabajo.

Una pierna rota, pero el bolsillo intacto

"La temporada acababa de empezar cuando me lesioné. Por suerte, tenemos el plan de seguro por accidentes de Aetna. Papá presentó un reclamo y recibió dinero en efectivo directamente en su cuenta corriente. Mamá usó parte del dinero para cubrir nuestro deducible y el resto para comprarme un nuevo par de botines. Hoy estoy de vuelta en el juego",* comentó Damar.*



*SOBRE EL PROCESAMIENTO DE RECLAMOS: A veces, es posible que deba enviar documentación si el beneficio no crea un reclamo médico, o si necesitamos más información para procesar su reclamo.
*SOBRE LAS LIMITACIONES DE COBERTURA: El plan paga beneficios por cuidados, tratamientos o servicios relacionados con un accidente ocurrido en la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después.
*SOBRE LOS TESTIMONIOS DE LOS MIEMBROS: La historia del miembro que se menciona tiene fines ilustrativos y no refleja episodios vividos por participantes reales.

ESTE PLAN ES UN SUPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD Y NO REEMPLAZA LA COBERTURA MÉDICA INTEGRAL. El plan ofrece beneficios limitados. Se pagan beneficios fijos en efectivo por los servicios cubiertos sin tener en cuenta los cargos reales del proveedor del cuidado de la salud. Los pagos de beneficios no pretenden cubrir el costo total del cuidado médico. Los miembros son responsables de asegurarse de que se paguen las facturas de los proveedores. Estos beneficios se pagan de forma adicional a cualquier otra cobertura de salud que tengan los miembros.

ESTE PLAN NO CUENTA COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA SEGÚN LA LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE. Las pólizas están aseguradas por Aetna Life Insurance Company (Aetna). No todos los servicios están cubiertos. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones y las limitaciones de cobertura. Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según la ubicación y están sujetas a cambios. Para obtener más información sobre los planes de Aetna, ingrese en **Aetna.com**.

Las formas de pólizas emitidas en Oklahoma incluyen las siguientes: GR-96841.
Las formas de póliza emitidas en Misuri incluyen las siguientes: AL HPOL-VOL Acc 01; GR-96842-01.

©2025 Aetna Inc.
2376951-05-01

RESUMEN DE BENEFICIOS

Plan de Accidentes fuera de trabajo de Aetna

Banner Health

802395

ESTO NO ES UN PLAN SUPLEMENTARIO DE MEDICARE (MEDIGAP). Si es o será elegible para recibir Medicare, revise la Guía de Seguro de Salud para Personas con Medicare gratuita disponible 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 seguros están suscritos por Aetna Life Insurance Company.

Los beneficios en la siguiente tabla se pagarán cuando reciba tratamiento cubierto por un accidente cubierto. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios y las limitaciones detallados aquí son por persona cubierta. El accidente debe ocurrir mientras la cobertura esté vigente.

Nota: algunos beneficios se pagan una vez por accidente cubierto; mientras que otros son una vez por año del plan. Si un servicio o lesión cae en más de una categoría, el plan pagará la mayor cantidad. Consulte el certificado para más detalles.

Atención inicial

Beneficios cubiertos	Plan 2
Ambulancia terrestre Paga un beneficio cuando lo transporta una compañía de ambulancia profesional autorizada por ambulancia terrestre hacia o desde un hospital, o entre centros médicos, donde se recibe tratamiento por una lesión accidental. Transporte hacia o desde un hospital dentro de las **24 horas** posteriores a una lesión accidental. *Máximo de **1 transporte** por accidente*	$300
Ambulancia aérea Paga un beneficio cuando lo transporta una compañía de ambulancia profesional autorizada por ambulancia aérea hacia o desde un hospital, o entre centros médicos, donde se recibe tratamiento por una lesión accidental. Transporte hacia o desde un hospital dentro de las **48 horas** posteriores a una lesión accidental. *Máximo de **1 transporte** por accidente*	$1,500
Tratamiento inicial: sala de emergencias Paga un beneficio si una persona asegurada requiere un examen y tratamiento inicial en una sala de emergencias como resultado de una lesión accidental. El examen inicial y el tratamiento deben recibirse dentro de las **72 horas** posteriores a la lesión accidental. *Máximo de **3 visitas** por año del plan*	$200

Beneficios cubiertos	Plan 2
Tratamiento inicial: consultorio del médico o atención de urgencia Paga un beneficio si una persona asegurada requiere un examen y tratamiento inicial en un consultorio médico o centro médico de atención de urgencia como resultado de una lesión accidental. El examen inicial y el tratamiento deben recibirse dentro de las **72 horas** posteriores a la lesión accidental. *Máximo de **3 visitas** por año del plan*	$150
Radiografías Paga si una persona asegurada recibe una radiografía debido a un lesión accidental. Las radiografías deben ser recetadas por un médico y realizadas por un centro médico autorizado dentro de los **30 días** posteriores a la lesión accidental.	$50
Imágenes médicas (MRI, Tomografías computarizadas, EEG, etc.) Paga un beneficio si la persona asegurada recibe una prueba de imagen médica debido a una lesión accidental. Las pruebas de imágenes médicas incluyen solo lo siguiente: 1. Tomografía por emisión de positrones (TEP) 2. Tomografía computarizada (CT) 3. Tomografía axial computada (CAT) 4. Resonancia magnética (MR) o Imágenes de resonancia magnética (MRI) 5. Electroencephalogram (EEG) La prueba debe ser ordenada por un médico y realizada en un centro médico de forma ambulatoria dentro de los **180 días** posteriores a la lesión accidental.	$150

Seguimiento médico

Beneficios cubiertos	Plan 2
Seguimiento médico de accidente (por Accidente/por año del plan) Paga un beneficio si una persona asegurada recibe tratamiento de seguimiento en el consultorio médico, centro de atención de urgencia o sala de emergencias por una lesión accidental **dentro del año posterior al accidente.**	$50 (3 visitas por accidente / 9 visitas por año del plan)
Aparatos Paga si un médico receta el uso de un aparato como ayuda en la locomoción o movilidad personal como resultado de una lesión accidental. El uso de un aparato debe comenzar dentro de los **90 días** posteriores a la lesión accidental**.**	$100
Dispositivo protésico/Prótesis - Uno Paga un beneficio si una persona asegurada recibe un dispositivo protésico o prótesis cuando la persona asegurada pierde una mano, un pie o un ojo como resultado de una lesión accidental. El(Los) dispositivo(s) protésico(s) o prótesis deben ser recibidos dentro de **un año** de la lesión accidental.	$750
Dispositivo protésico/Prótesis - Múltiple Paga un beneficio si la persona asegurada recibe dispositivos protésicos **múltiples** o prótesis cuando la persona asegurada pierde una mano, un pie o un ojo como resultado de una lesión accidental. El(Los) dispositivo(s) protésico(s) o prótesis deben ser recibidos dentro de **un año** de la lesión accidental.	$1,500
Manejo de dolor (anestesia epidural) Paga un beneficio si una persona asegurada recibe anestesia epidural como resultado de una lesión accidental. La anestesia epidural se debe administrar dentro de los **60 días** posteriores a la lesión accidental.	$100
Servicios de terapia Paga un beneficio si una persona asegurada recibe terapia física como resultado de una lesión accidental. La terapia debe comenzar dentro de los **90 días** posteriores a la lesión accidental y debe completarse dentro **del año** posterior a la lesión accidental. *Máximo de **10 visitas** por accidente*	$25
Tratamiento quiropráctico Paga un beneficio si la persona asegurada sufre un desequilibrio estructural debido a una lesión accidental y recibe servicios de atención quiropráctica por parte de un quiropráctico en la oficina de un quiropráctico. El tratamiento debe comenzar dentro de los **90 días** posteriores a la lesión accidental y debe completarse dentro del año posterior a la lesión accidental. *Máximo de **10 visitas** por accidente; Máximo de **30 visitas quiroprácticas** por año del plan*	$25

Atención de hospital

Beneficios cubiertos	Plan 2
Admisión de estadía hospitalaria: día inicial Paga un beneficio si una persona asegurada es admitida en un hospital debido a una lesión accidental. No pagaremos este beneficio si es admitido en una unidad de observación, recibe tratamiento en una sala de emergencias o si ha tenido una cirugía ambulatoria. La estadía hospitalaria debe comenzar dentro de los **180 días** posteriores a una lesión accidental. *Máximo de 1 **hospitalización,** por accidente*	$1,000
Admisión en la Unidad de Cuidados Intensivos (ICU): día inicial Paga un beneficio si una persona asegurada es admitido directamente a la UCI debido a una lesión accidental. La estadía hospitalaria debe comenzar dentro de los **30 días** posteriores a una lesión accidental. *Máximo de **1 hospitalización**, por accidente*	$2,000
Hospitalización diaria Paga un beneficio si la persona asegurada tiene una estadía en un hospital debido a una lesión accidental. La estadía hospitalaria debe comenzar dentro de los **180 días** posteriores a una lesión accidental. *Máximo de **365 días** por estadía, Máximo de **1 estadía** por una lesión accidental*	$300
Hospitalización diaria en la Unidad de Cuidados Intensivos (ICU) Paga un beneficio si la persona asegurada tiene una estadía hospitalaria en una UCI debido a una lesión accidental. La estadía debe comenzar dentro de los **30 días** posteriores de una lesión accidental. *Máximo de **365 días** por estadía, Máximo de **1 estadía** por accidente*	$600
Hospitalización diaria en la Unidad de Rehabilitación Paga un beneficio si una persona asegurada es transferida a una unidad de rehabilitación inmediatamente posterior de una estadía en un hospital debido a una lesión accidental. *Máximo de **1 estadía** por accidente, Máximo de **30 días***	$100
Unidad de Observación Paga un beneficio si una persona asegurada requiere servicios en una unidad de observación como resultado de una lesión accidental. El beneficio de hospitalización por estadía no será pagadero si el beneficio de la unidad de observación es pagadero. Los servicios de observación deben comenzar dentro de las **72 horas** posteriores a la lesión accidental.	$100

Atención quirúrgica

Beneficios cubiertos	Plan 2
Sangre/plasma/plaquetas Paga un beneficio si una persona asegurada recibe la transfusión de sangre, plasma y/o plaquetas debido a una lesión accidental. La transfusión debe realizarse dentro de los **90 días** posteriores a la lesión accidental.	$400
Lesión ocular Paga un beneficio si una persona asegurada sufre una lesión accidental ocular. La lesión ocular debe requerir cirugía o la extracción de un objeto extraño por parte de un médico dentro de los **90 días** posteriores a la lesión accidental. Un examen con anestesia no se considerará cirugía.	$300
Hernia de disco Paga un beneficio si una persona asegurada sufre una ruptura de disco en la columna vertebral como resultado de una lesión accidental. Un médico debe tratar el disco roto dentro de los **60 días** posteriores a la lesión accidental; y repararlo mediante cirugía dentro de un año posterior a la lesión accidental.	$750
Tendón/Ligamento/Manguito rotatorio del hombro - Individual Paga un beneficio si una persona asegurada sufre un tendón, ligamento o manguito rotador desgarrado, roto o cortado como resultado de una lesión accidental. Pagaremos la cirugía por el beneficio de reparación única si un médico trata la rotura, ruptura o cortada dentro de los **60 días** posteriores a la lesión accidental; y lo repara mediante cirugía dentro de los **180 días** posteriores a la lesión accidental.	$750
Tendón/Ligamento/Manguito rotatorio del hombro - Múltiple Paga un beneficio si una persona asegurada sufre un tendón, ligamento o manguito rotador desgarrado, roto o cortado como resultado de una lesión accidental. Pagaremos la cirugía por el beneficio de reparación múltiple si un médico trata la rotura, ruptura o cortada dentro de los **60 días** posteriores a la lesión accidental; y lo repara mediante cirugía dentro de los **180 días** posteriores a la lesión accidental.	$1,500
Cartílago de la rotura del ligamento de la rodilla Paga un beneficio si una persona asegurada sufre un cartílago de la rodilla desgarrado (menisco) como resultado de una lesión accidental. Un médico debe tratar el cartílago de la rodilla desgarrado dentro de los **60 días** posteriores a la lesión accidental; y repararlo mediante cirugía dentro de los **180 días** posteriores a la lesión accidental.	$750
Cirugía (con reparación) - Cráneo, abdominal y torácica abierta Paga un beneficio si una persona asegurada se somete a una cirugía craneal, torácica o abdominal abierta, y se realiza la reparación, dentro de las **72 horas** de la lesión accidental.	$1,000
Cirugía (con reparación) - Hernia Paga un beneficio si la persona asegurada se somete a una cirugía de hernia como resultado de una lesión accidental. Un médico debe diagnosticar la hernia dentro de los **30 días** posteriores a la lesión accidental; y realizar la cirugía dentro de los **60 días** posteriores a la lesión accidental.	$150
Cirugía (sin reparación) - exploratorio o artroscópica Paga un beneficio si la persona asegurada se somete a una cirugía exploratoria o artroscópica, y no se realiza ninguna reparación, dentro de los **60 días** posteriores a la lesión accidental.	$150

Asistencia para el transporte/alojamiento

Beneficio cubierto	Plan 2
Alojamiento Paga por una habitación en un motel/hotel para que un acompañante lo acompañe por cada día de estadía hospitalaria debido a una lesión accidental. Su estadía hospitalaria debe estar a más de **50 millas** de su hogar. *Máximo de **30 días por año del plan***	$100
Transporte Pagaremos el beneficio de transporte que se muestra en el Programa de beneficios para una persona asegurada que debe viajar desde su residencia a más de **50 millas** de ida sobre los consejos del médico para el tratamiento de una lesión accidental. *Máximo de **1 viaje** de ida y vuelta por año del plan*	$250

Desarticulaciones y Fracturas

Reducciones cerradas

*Paga un beneficio si una persona asegurada sufre una dislocación o fractura como resultado de una lesión accidental. Un médico debe diagnosticar la dislocación o fractura dentro de los **90 días** posteriores a un lesión accidental y corregirla mediante reducción cerrada **(reparación no quirúrgica).***

Reducciones abiertas

*Paga un beneficio si una persona asegurada sufre una dislocación o fractura como resultado de una lesión accidental. Un médico debe diagnosticar la dislocación o fractura dentro de los **90 días** posteriores a un lesión accidental y corregirla mediante reducción abierta **(reparación quirúrgica)***

Desarticulación cubierto	Plan 2 Reducciones cerradas*
Cadera	$4,000
Rodilla (excepto la rótula)	$2,000
Tobillo: hueso o huesos del pie (aparte de los dedos del pie)	$1,000
Clavícula (esternoclavicular)	$800
Mandíbula inferior	$800
Hombro (articulación glenohumeral)	$800
Codo	$800
Muñeca	$800
Hueso o huesos de la mano (aparte de los dedos de la mano)	$800
Clavícula (acromioclavicular y separación)	$200
Un dedo del pie o un dedo de la mano	$200

**La reducción abierta paga 2 veces el valor del beneficio de reducción cerrada*

Fractura cubierto	Plan 2 Reducciones cerradas*
Cráneo (excepto los huesos de la cara o la nariz), con hundimiento	$5,500
Cráneo (excepto los huesos de la cara o la nariz), sin hundimiento	$5,500
Cadera, muslo (fémur)	$2,300
Vértebras, Cuerpo de (con exclusión del proceso vertebral)	$1,500
Pelvis (incluyendo ilion, isquion, del pubis, cavidad cotiloidea excepto coxis)	$1,500
Pierna (tibia y/o fíbula maléolo)	$1,500
Huesos de la cara o la nariz (excepto mandíbula o el maxilar)	$800
Parte superior de la mandíbula, maxilar (excepto del proceso alveolar)	$800
Parte superior del brazo entre el codo y el hombro (húmero)	$800
Mandíbula inferior, mandibular (excepto del proceso alveolar)	$800
Clavícula (clavícula, esternón)	$800
Escápula (omóplato)	$800
Proceso vertebral	$800
Antebrazo (radio y/o cúbito)	$600
Rótula (patela)	$600
Mano / Pie (excepto dedos de la mano, dedos de los pies)	$600
Tobillo / muñeca	$600
Muñeca	$600
Costilla	$300
Coxis	$300
Dedo de la mano, dedo del pie	$300

**La reducción abierta paga 2 veces el valor del beneficio de reducción cerrada*

Beneficios por Muerte y Desmembramiento Accidental y parálisis

Muerte accidental

Paga un beneficio si una persona asegurada sufre una lesión accidental que causa la muerte de la persona asegurada dentro de los **90 días** posteriores a un accidente.

Beneficio cubierto	Plan 2
Empleado	$50,000
Cónyuge asegurado/a	$25,000
Hijos asegurados	$25,000

Muerte accidental por la compañía transportadora

Paga un beneficio si la persona asegurada sufre una lesión accidental mientras la persona asegurada es un pasajero que paga la tarifa en un transportista común y la lesión accidental causa la muerte de la persona asegurada dentro de los **90 días** posteriores a un accidente.

Beneficio cubierto	Plan 2
Empleado	$100,000
Cónyuge asegurado/a	$50,000
Hijos asegurados	$50,000

Desmembramiento accidental

Paga un beneficio si una persona asegurada sostiene la pérdida de una o más extremidades debido a una lesión accidental como se clasifica a continuación y en el programa de beneficios.

La pérdida debe ocurrir dentro de los **90 días** posteriores a una lesión accidental.

Beneficio cubierto	Plan 2
Una mano, un pie u ojo	$5,000
Una mano y un pie, una mano y un ojo, un pie y un ojo	$10,000
Ambas manos, ambos pies o ambos ojos	$10,000

Parálisis - (pérdida completa, total y permanente)

Paga un beneficio si una persona asegurada sufre parálisis como resultado de una lesión accidental.
Un médico debe diagnosticar la parálisis dentro de los **60 días** posteriores a la lesión accidental; y confirmar que la parálisis continuó durante un período de **90 días consecutivos.**

Beneficio cubierto	Plan 2
Paraplejía	$5,000
Cuadriplejía	$10,000

Otras lesiones accidentales

Quemadura
Paga un beneficio si una persona asegurada recibe una quemadura de segundo grado o una quemadura de tercer grado como resultado de una lesión accidental. El tratamiento debe ser recibido por un médico dentro de las **72 horas** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Plan 2
Segundo grado (superior a 5% de la superficie total del cuerpo)	$1,000
Tercer grado (inferior a 5% de la superficie total del cuerpo)	$1,500
Tercer grado (entre el 5% y 10% de la superficie total del cuerpo)	$6,000
Tercer grado (superior a 10% de la superficie total del cuerpo)	$18,000
Injerto de piel por quemadura Paga un beneficio si la persona asegurada recibe un injerto de piel por quemadura como resultado de una lesión accidental. El tratamiento debe ser recibido por un médico dentro de las **72 horas** posteriores a la lesión accidental.	50% del beneficio por quemadura

Beneficio cubierto	Plan 2
Coma Paga un beneficio si la persona asegurada está en una coma debido a una lesión accidental. No se pagarán beneficios por una coma inducido médicamente. Un médico debe diagnosticar el coma dentro de las **72 horas** posteriores a una lesión accidental.	$10,000
Conmoción cerebral Paga un beneficio si una persona asegurada sufre una conmoción cerebral como resultado de una lesión accidental. Un médico debe diagnosticar la conmoción cerebral dentro de las **365 días** posteriores a la lesión accidental.	$150

Tratamiento dental
Paga un beneficio si la persona asegurada sufre un diente roto como resultado de una lesión accidental y el diente es reparado utilizando una corona dental y/o extracción dental. Los servicios dentales deben comenzar dentro de los **60 días** posteriores a la lesión accidental. *Máximo de **1** por accidente*

Beneficio cubierto	Plan 2
Extracciones	$75
Coronas	$225

Laceración
Paga un beneficio si la persona asegurada recibe una laceración como resultado de una lesión accidental. La laceración debe ser reparada por un médico dentro de las **72 horas** posteriores a la lesión accidental.

Beneficio cubierto	Plan 2
Sin puntadas	$25
Con puntadas (menos de 7.5cm)	$75
Con puntadas (entre 7.6cm y 20cm)	$300
Con puntadas (mayor de 20cm)	$600

Planes de Accidentes: Exclusiones y Limitaciones

Este plan tiene exclusiones y limitaciones. Consulte la póliza y el certificado actual para determinar qué beneficios no son pagaderos. 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. No pagaremos todos los beneficios por ningún daño causado en su totalidad o en parte por o como resultado total o parcial de los siguientes:

1. Suicidio o intento de suicidio, lesiones autoinfligidas intencionalmente, o todo intento de lesiones autoinfligidas intencionalmente, excepto como resultante de un trastorno diagnosticado en la versión más actual del Manual de Diagnóstico y Estadístico (DSM, por sus siglas en inglés)
2. Estar bajo la influencia de un estimulante, depresor, alucinógeno, narcótico o cualquier otra sustancia intoxicantes de droga, incluidos los recetados por un médico que están mal utilizadas por la persona asegurada excepto como resultante de un trastorno diagnosticado en la versión más actual del DSM
3. Participar en un asalto, delito grave, ocupación ilegal u otro acto criminal
4. Cualquier acto de guerra, declarada o no, o la participación voluntaria en un motín, rebelión o insurrección civil
5. Operar, aprender a operar o servir como piloto o tripulante de cualquier aeronave, ya sea motorizada o no
6. Participar en parapente, puenting, paracaidismo, vuelo sin motor, parapente, montañismo usando cuerdas y/u otros equipos, o carreras de vehículo motorizado
7. Participar en cualquier competición atlética competitivo semi-profesional o profesional, incluyendo oficiar o entrenar, por lo que la persona asegurada recibe una compensación o remuneración
8. Servicios solicitados o realizados por un médico, o suministros adquiridos de un proveedor, que sea una persona asegurada, miembro de la familia inmediata de la persona asegurada, o alguien que vive con o está empleado o que emplea una persona asegurada
9. Cualquier forma de asfixia intencionada
10. Cirugía electiva o estética
11. Infección bacteriana que no fue causada por un corte o una herida de una lesión accidental
12. Lesiones ocupacionales

No pagaremos los beneficios para un servicio o suministro prestado o recibido que no están cubiertos específicamente o no está relacionado con una lesión accidental.

Ningún beneficio se paga por o en conexión con las siguientes hospitalizaciones o visitas o servicios:

- Aquellos recibidos fuera de los Estados Unidos; y sus territorios

Portabilidad

Su plan incluye una opción de Portabilidad, que le permite mantener su cobertura actual al hacer pagos directos a la compañía aseguradora. Usted puede ejercer esta opción, si su empleo cesa por cualquier motivo. Consulte el Certificado para las disposiciones de Portabilidad adicionales.

Preguntas frecuentes sobre los planes de accidentes

¿Tengo que responder a toda pregunta acerca de mi salud para la inscripción?

No, usted no tiene que responder a las preguntas sobre su salud para la inscripción.

¿Puedo tener más de un Plan de Accidentes?

No; no se le permite tener más de un Plan de Accidentes de Aetna.

¿A quién se le pagan los beneficios?

Los beneficios se pagan a usted, el miembro.

¿Cómo funciona el beneficio Servicios de terapia si recibo terapias múltiples en un solo día?

Sólo se pagará uno de los beneficios de Servicios de terapia por día, sin importar cuántos diferentes servicios de terapia usted recibe.

¿Está mi póliza de Accidentes de Aetna compatible con una Cuenta de ahorros médicos (HSA)?

Sí, las pólizas de Accidentes 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 Servicio al Cliente de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., llamando al **1-855-788-5803**. Estamos aquí para responder a las preguntas antes y después de su inscripción.

¿Qué debo hacer en caso de una emergencia?

En caso 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, ¿me puedo llevar el Plan de Accidentes 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

ESTOS 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 **1-855-788-5803** o visítenos en **www.aetna.com**.

If you require language assistance, please call Member Services at 1-855-788-5803 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 1-855-788-5803, 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-96841, GR-96842.
Los formularios de póliza emitidos en Missouri incluyen: GR-96842 01; GR-96841 01.
Los formularios de póliza emitidos en Oklahoma incluyen: GR-96841, GR-96842.

AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

COBERTURA SOLAMENTE POR ACCIDENTE

ESTA PÓLIZA/CERTIFICADO PROPORCIONA BENEFICIOS LIMITADOS

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

RESUMEN DE COBERTURA (OUTLINE OF COVERAGE)

Formulario de la póliza GR-96842/Formulario del certificado GR-96841

Algunas notas sobre la manera en que utilizamos las 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**. **Nosotros** las 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 la cobertura. 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**. Por lo tanto, ¡es importante que **usted** LEA **SU** PÓLIZA/CERTIFICADO ATENTAMENTE!

2. La cobertura solamente por accidentes está diseñada para proporcionar a las **personas aseguradas** cobertura por ciertas pérdidas que resulten SOLAMENTE de un **accidente** cubierto, con excepción de lo cubierto bajo la cláusula y sujeto a las limitaciones contenidas en la póliza. No se proporciona cobertura para los gastos básicos de hospital, gastos básicos médico-quirúrgicos o grandes gastos médicos.

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 del certificado:

Si una **persona asegurada** tiene una **lesión accidental**, **nosotros** pagaremos los beneficios aplicables que se muestran en el Programa de Beneficios para los beneficios que se enumeran a continuación y que están sujetos a lo siguiente:

- Los máximos beneficios, si los hubiere, se muestran en el Programa de Beneficios;
- Un cargo debe ser efectuado para el **cuidado** de una **persona asegurada** debido a una **lesión accidental**;
- El servicio o suministro se debe prestar o recibir debido a una **lección accidental** y no debido a una **lesión ocupacional** o en relación a esta;
- La **lesión accidental** debe ocurrir durante el período en que la cobertura de la **persona asegurada** está en vigor;
- El servicio o suministro se debe prestar o recibir mientras la cobertura de la **persona asegurada** está en vigor.

Beneficio de muerte accidental:

Nosotros pagaremos el Beneficio aplicable de muerte accidental que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** sufre una **lesión en un accidente** que causa la muerte de la **persona asegurada** dentro de los **90 días** después del **accidente**.

Beneficio de muerte accidental por la compañía transportadora:

Nosotros pagaremos el Beneficio aplicable de muerte accidental por la compañía transportadora que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** sufre una **lesión accidental** mientras que la **persona asegurada** es un pasajero que paga una tarifa en una **compañía transportadora** y la **lesión accidental** provoca la muerte de la **persona asegurada** dentro de los **90 días** después del **accidente**.

Beneficio de desmembramiento accidental:

Nosotros pagaremos el Beneficio aplicable de desmembramiento accidental que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** tiene una de las clasificaciones de pérdida que se muestra en el Programa de Beneficios debido a una **lesión accidental**.

La pérdida se debe producir dentro de los **90 días** después de una **lesión accidental**. A los efectos de este beneficio:

- "Pérdida de mano" significa que la mano se corta a través de la articulación de la muñeca o por encima de ella.
- "Pérdida de pie" significa que el pie se corta a través de la articulación del tobillo o por encima de ella.
- "Pérdida de la vista" significa la pérdida total e irrecuperable de la vista.

Beneficio de seguimiento por accidente:

Nosotros pagaremos el Beneficio de seguimiento por accidente que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** recibe tratamiento de seguimiento en el consultorio de un **médico**, **centro de atención de urgencia** o **sala de emergencias** debido a una **lesión accidental** dentro del plazo de un año desde el **accidente**.

Beneficio de ambulancia terrestre:
Nosotros pagaremos el Beneficio de ambulancia terrestre que se muestra en el Programa de Beneficios si una compañía de ambulancias con habilitación profesional transporta a cualquier **persona asegurada** por tierra hacia o desde un **hospital** o entre centros médicos donde recibe tratamiento como resultado de una **lesión accidental**. El transporte de ambulancia terrestre debe ocurrir dentro de las **24 horas** después de la **lesión accidental**.

Beneficio de ambulancia aérea:
Nosotros pagaremos el Beneficio de ambulancia aérea que se muestra en el Programa de Beneficios si una compañía de ambulancias aéreas con habilitación profesional transporta a cualquier **persona asegurada** por aire hacia o desde un **hospital** o entre centros médicos donde recibe tratamiento como resultado de una **lesión accidental**. El transporte de ambulancia aérea debe ocurrir dentro de las **48 horas** después de la **lesión accidental**.

Beneficio de aparatos:
Nosotros pagaremos el Beneficio de aparatos que se muestra en el Programa de Beneficios si un **médico** receta el uso de un **aparato** como ayuda para la locomoción o movilidad personal debido a una **lesión accidental**. El uso de un **aparato** debe comenzar dentro de los **90 días** después de la **lesión accidental**.

Beneficio de sangre/plasma/plaquetas:
Nosotros pagaremos el Beneficio de sangre/plasma/plaquetas que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** recibe la transfusión de sangre, plasma/plaquetas debido a una **lesión accidental**.

Beneficio de quemadura:
Nosotros pagaremos el Beneficio aplicable de quemadura que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** sufre una **quemadura de segundo grado** o **quemadura de tercer grado** como resultado de una **lesión accidental**. El tratamiento lo debe realizar un **médico** dentro de las **72 horas** después de la **lesión accidental**.
El beneficio de quemadura se paga por uno de los montos de clasificación de quemadura que se presentan en el Programa de Beneficios por **accidente**. Si la **persona asegurada** tiene más de una clasificación de quemaduras, el beneficio a pagar es el monto mayor.

Beneficio de injerto de piel por quemadura:
Nosotros pagaremos el Beneficio de injerto de piel por quemadura que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** recibe un injerto de piel por quemadura como consecuencia de una **lesión accidental**. El tratamiento lo debe realizar un **médico** dentro de las **72 horas** después de la **lesión accidental**.

Beneficio de tratamiento quiropráctico:
Nosotros pagaremos el Beneficio de tratamiento quiropráctico que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** sufre un desequilibrio estructural debido a una **lesión accidental** y recibe **servicios de atención quiropráctica** de un quiropráctico en el consultorio del quiropráctico. El tratamiento debe comenzar dentro de los **90 días** posteriores a la **lesión accidental** y debe completarse dentro de los **365 días** después de la **lesión accidental**.

Beneficio de coma:
Nosotros pagaremos el Beneficio de coma que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** entra en coma como consecuencia de una **lesión accidental**. No se pagarán los beneficios por estado de **coma** inducido médicamente.

Beneficio de conmoción cerebral:
Nosotros pagaremos el Beneficio de conmoción cerebral que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** sufre una conmoción cerebral como consecuencia de una **lesión accidental**. Un **médico** debe **diagnosticar** la conmoción cerebral dentro de las **72 horas** después de la **lesión accidental**.

Beneficio de tratamiento dental:
Nosotros pagaremos el Beneficio de tratamiento dental aplicable que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** sufre la rotura de un diente como consecuencia de una **lesión accidental** y el diente se repara mediante una corona dental o extracción dental. El servicio dental debe comenzar dentro de los **60 días** después de la **lesión accidental.**

Beneficio de desarticulación:
Nosotros pagaremos el Beneficio de desarticulación que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** sufre una **desarticulación** como consecuencia de una **lesión accidental**. Un **médico** debe **diagnosticar** la **desarticulación** dentro de los **90 días** después de la **lesión accidental** y corregirla mediante **reducción abierta** o **reducción cerrada**.

Beneficio de lesión ocular:
Nosotros pagaremos el Beneficio de lesión ocular que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** sufre una **lesión accidental** en el ojo. Las lesiones oculares deben requerir cirugía o la extracción de un objeto extraño por parte de un **médico** dentro de los **90 días** después de la **lesión accidental**. Un examen con anestesia no se considerará cirugía.

Beneficio de fractura:
Nosotros pagaremos el Beneficio de fractura aplicable que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** sufre una **fractura** como consecuencia de una **lesión accidental**. Un **médico** debe **diagnosticar** la **fractura** dentro de los **90 días** después de la **lesión accidental** y corregirla mediante **reducción abierta** o **reducción cerrada**.

Admisión hospitalaria: Beneficio de admisión
Admisión hospitalaria:
Nosotros pagaremos el Beneficio de admisión hospitalaria que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** es **admitida** en un **hospital** como consecuencia de una lesión accidental**. La admisión** debe producirse dentro de los **180 días** después de una **lesión accidental.**

Admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos (ICU):
Nosotros pagaremos el Beneficio de admisión a la ICU que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** es admitida directamente a la **ICU** como consecuencia de una **lesión accidental. La admisión** debe comenzar dentro de los **30 días** después de una lesión accidental**. Nosotros** sólo pagaremos el Beneficio de admisión hospitalaria o el Beneficio de admisión a la ICU una vez por **lesión accidental**. Si se lo admite directamente:

- En el **hospital**, entonces se paga el Beneficio de admisión hospitalaria.
- En la **ICU**, entonces se paga el Beneficio de admisión a la ICU.

Admisión hospitalaria: Beneficio diario
Beneficio hospitalario diario:
Nosotros pagaremos el Beneficio hospitalario diario que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** es **admitida** en un hospital como consecuencia de una **lesión accidental. La admisión** debe producirse dentro de los **180 días** después de una **lesión accidental.**

Beneficios diarios en la Unidad de Cuidados Intensivos (ICU):
Nosotros pagaremos el Beneficio diario en la ICU que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** es **admitida** en una **ICU** como consecuencia de una **lesión accidental. La admisión** debe comenzar dentro de los **30 días** después de la **lesión accidental.**

Beneficio diario en Unidad de Rehabilitación:
Nosotros pagaremos el Beneficio diario en Unidad de Rehabilitación que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** es transferida a una **Unidad de Rehabilitación** inmediatamente después de la **admisión hospitalaria** como consecuencia de una **lesión accidental.**

Beneficio de tratamiento inicial: Sala de emergencias:
Nosotros pagaremos el Beneficio de tratamiento inicial**:** Sala de emergencias que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** requiere el examen inicial y el tratamiento en una **sala de emergencias** como resultado de una **lesión accidental**. El examen inicial y al tratamiento se debe recibir dentro de las **72 horas** después de la **lesión accidental**.

Beneficio de tratamiento inicial: Consultorio del médico o Centro de atención de urgencia
Nosotros pagaremos el beneficio del tratamiento inicial en el Consultorio del médico o Centro de atención de urgencia si una **persona asegurada** requiere el examen inicial y el tratamiento en un consultorio **médico** o en un **Centro de atención de urgencia** como resultado de una **lesión accidental**. El examen inicial y al tratamiento se debe recibir dentro de las **72 horas** después de la **lesión accidental**.

Beneficio de laceración:
Nosotros pagaremos el Beneficio aplicable de laceración que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** sufre una **laceración** como resultado de una **lesión accidental**. La **laceración** debe ser reparada por un **médico** dentro de las **72 horas** después de la **lesión accidental**.

Alojamiento:
Nosotros pagaremos el Beneficio de alojamiento que se muestra en el Programa de Beneficios para una habitación de motel/hotel para un acompañante que acompaña a una **persona asegurada** que tiene una **admisión hospitalaria** como resultado de una **lesión accidental**. Este beneficio es pagadero sólo para alojamientos en hotel/motel durante el período de tiempo en que la **persona asegurada** tiene una **admisión hospitalaria**. Para que este beneficio se pague, el **hospital** debe estar a más de **50 millas** de la residencia de la **persona asegurada**. **Nosotros** determinaremos el kilometraje de la ruta más directa desde la residencia de la **persona asegurada** hasta el motel/hotel.

Beneficio de imágenes médicas:
Nosotros pagaremos el Beneficio de imágenes médicas que se muestra en el Programa de Beneficios si a una **persona asegurada** se le realizan imágenes médicas como consecuencia de una **lesión accidental**. Las imágenes médicas sólo incluyen lo siguiente:

- Tomografía por emisión de positrones (PET)
- Tomografía computada (TC)
- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Resonancia magnética (RM) o imágenes por resonancia magnética (IRM)
- Electroencefalograma (EEG)

La prueba debe ser ordenada por un **médico** y realizada en un centro médico cuando en base a un paciente hospitalizado o ambulatorio dentro de los **180 días** después de la **lesión accidental**.

Beneficio de Unidad de observación:
Nosotros pagaremos el Beneficio de unidad de observación que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** requiere servicios en una **Unidad de observación** como consecuencia de una **lesión accidental**. Los servicios de observación deben comenzar dentro de las **72 horas** después de la **lesión accidental**.

Beneficio de manejo del dolor (anestesia epidural):
Nosotros pagaremos el Beneficio de manejo del dolor que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** recibe la **anestesia epidural** como resultado de una **lesión accidental**. La anestesia epidural se debe administrar dentro de los **60 días** después de la **lesión accidental**.

Beneficio de parálisis (cuadriplejía/paraplejía):
Nosotros pagaremos el Beneficio aplicable de parálisis que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** tiene **parálisis** como resultado de una **lesión accidental**. Un **médico** debe:

- **Diagnosticar parálisis** dentro de los **60 días** después de la **lesión accidental**; y
- Confirmar que la **parálisis** continuó durante un período de **90 días** consecutivos.

Beneficio de dispositivo protésico/extremidad artificial:
Nosotros pagaremos el beneficio de dispositivo protésico/ extremidad artificial que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** recibe uno o más dispositivos protésicos/extremidades artificiales cuando la **persona asegurada** pierde una mano, un pie o un ojo como resultado de una **lesión accidental**. Los dispositivos protésicos/extremidades artificiales deben recibirse en el plazo de un año de haber sufrido la **lesión accidental**.

Beneficio de fractura de disco:
Nosotros pagaremos el Beneficio de fractura de disco que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** sufre una fractura de disco como consecuencia de una **lesión accidental**. Un **médico** debe:

- Tratar la fractura de disco dentro de los **60 días** después de la **lesión accidental**; y
- Repararla mediante cirugía dentro del período de un año posterior a la **lesión accidental**.

Beneficios de cirugía (con reparación)
Craneal, abdominal y torácica abiertas:
Nosotros pagaremos el beneficio de la cirugía craneal, abdominal y torácica abiertas que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** necesita cirugía craneal, abdominal o torácica abiertas y la reparación se realiza, dentro de las **horas 72** de la **lesión accidental**.

Hernia:
Nosotros pagaremos el Beneficio de hernia que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** sufre una hernia como consecuencia de una **lesión accidental.** Un médico debe:

- **Diagnosticar** la hernia dentro de los **30 días** después de la **lesión accidental**; y
- Realizar la cirugía dentro de los **60 días** después de la **lesión accidental**.

Beneficio de cirugía (sin reparación):
Nosotros pagaremos el Beneficio de cirugía (sin reparación) que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** se somete a cirugía exploratoria o artroscópica y no se realiza reparación, dentro de los **60 días** de la **lesión accidental**.

Beneficio de tendón/ligamento/manguito rotatorio:
Nosotros pagaremos el beneficio aplicable de tendón/ligamento/manguito rotatorio que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** tiene un tendón, ligamento o manguito rotatorio desgarrado, roto o cortado como resultado de una **lesión accidental**.
Nosotros pagaremos el Beneficio de única cirugía reparadora o el Beneficio de cirugía de múltiples reparaciones si un **médico**:

- Trata el desgarro, ruptura o corte dentro de los **60 días** después de la **lesión accidental**; y
- Lo repara mediante cirugía dentro de los **180 días** después de la **lesión accidental**.

Beneficio de servicios de terapia: fisioterapia:
Nosotros pagaremos el Beneficio de servicios de terapia que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** recibe **fisioterapia** como resultado de una **lesión accidental**. La terapia debe ser:

- recetada por un **médico**;
- prestada por un **fisioterapeuta**; y
- realizada en un consultorio o en un **hospital** en base a paciente hospitalizado o ambulatorio.

La terapia debe comenzar dentro de los **90 días** posteriores a la **lesión accidental** y debe completarse dentro del plazo de un año posterior a la **lesión accidental.**

Beneficio de cartílago de la rodilla desgarrado:
Nosotros pagaremos el Beneficio de cartílago de la rodilla desgarrado que se muestra en el Programa de Beneficios si una **persona asegurada** tiene un cartílago de la rodilla (menisco) desgarrado como resultado de una **lesión accidental**. Un **médico** debe:

- Tratar el cartílago de la rodilla desgarrado dentro de los **60 días** después de la **lesión accidental**; y
- Repararlo mediante cirugía dentro de los **180 días** después de la **lesión accidental**.

Beneficio de transporte:
Nosotros pagaremos el beneficio de transporte que se muestra en el Programa de Beneficios a una **persona asegurada** que debe viajar desde su residencia a más de **50 millas** de ida por consejo **médico** para recibir tratamiento como resultado de una **lesión accidental**. El Beneficio de transporte será pagado por:

- Una **admisión hospitalaria**;
- Cirugía ambulatoria; o
- Una visita al consultorio del **médico**.

Nosotros pagaremos este beneficio cuando la **persona asegurada** lesionada viaja hacia y desde el destino de la **persona asegurada** mediante:

- Transporte comercial (avión, tren o autobús); o
- Transporte no comercial (uso de un automotor personal).

Nosotros determinaremos el kilometraje de la ruta más directa desde la residencia de **la persona asegurada** hasta el centro médico donde recibe tratamiento. Este beneficio no se paga si la **persona asegurada** se transporta en taxi, ambulancia terrestre o ambulancia aérea.

Beneficio de radiografías:
Nosotros pagaremos el Beneficio de radiografías que se muestra en el Programa de Beneficios si a una **persona asegurada** se le realizan radiografías como consecuencia de una **lesión accidental**. Las radiografías deben ser pedidas por un **médico** y realizadas en un centro médico con licencia dentro de los **30 días** después de la **lesión accidental.**

4. **Exclusiones según el certificado**:
   Los beneficios bajo la póliza no se pagarán por cualquier pérdida o **lesión accidental** causadas 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 todo intento de lesiones autoinfligidas intencionalmente, excepto cuando resulten 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
   - Pilotear, aprender a pilotear o servir como miembro de la tripulación de un avión, ya sea motorizado o no
   - Participar en cualquier competencia atlética competitiva profesional, incluyendo ser árbitro o entrenador, para lo que la **persona asegurada** recibe compensación o remuneración
   - Servicios solicitados o realizados por un **médico**, o suministros comprados a un proveedor, que es una **persona asegurada**, un **miembro inmediato de la familia** de la **persona asegurada**, o una persona que reside con la **persona asegurada**, que la emplea o es su empleado
   - Cirugía optativa o estética , excepto para **anomalías congénitas** de hijos **dependientes asegurados**
   - Infección bacteriana que no fue causada por un corte o herida de una **lesión accidental**
   - **Lesiones ocupacionales**

   No se excluyen las anomalías congénitas de hijos **asegurados dependientes**.

5. **Información adicional**:

   - **Renovación:** La póliza es opcionalmente renovable.

   - **Cambios de la prima:** Las tarifas de las primas pueden ser cambiadas por **nosotros**. Si las tarifas se cambian, **nosotros** le daremos por lo menos 31 días de 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 calendario 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 los establecidos en la póliza en la fecha en que termina **su** cobertura. Cualquier cambio realizado en la póliza después de que **usted** está cubierto por la disposición de portabilidad no se aplicará a **usted** 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 en que usted solicita la cobertura de portabilidad. **Usted** también deberá pagar cualquier parte de la prima pagada anteriormente por 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**;
- 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 cancelada o terminada 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**:
  - La fecha en que **su** cobertura termina;
  - La fecha en que **usted** y **su cónyuge/pareja de hecho** asegurado se divorcian, finalizan **su** pareja de hecho;
  - La fecha en que **su dependiente asegurado** deja de ser un dependiente elegible bajo la póliza.

Un **niño asegurado** cuya cobertura 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 reintegrada.

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**.

Propiedad exclusiva

La discriminación es ilegal

Aetna® Inc. cumple las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (de acuerdo con el título 45 del Código de Normas Federales [CFR], artículo 92.101[a][2]). Aetna Inc. no excluye a las personas ni las trata de forma menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna Inc. les brinda a las personas con discapacidades modificaciones razonables, así como también ayuda y servicios adicionales apropiados y gratuitos para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros. Esto incluye lo siguiente:

- Intérpretes del lenguaje de señas calificados.
- Información escrita en otros formatos (en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).

Aetna Inc. proporciona servicios gratuitos de asistencia de idiomas a personas cuyo idioma primario no es el inglés. Pueden incluir los siguientes:

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayuda y servicios adicionales apropiados, o servicios de asistencia de idiomas, llame al 1-800-872-3862 (TTY: 711) o al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación.

Si cree que en Aetna Inc. no se brindaron estos servicios o se ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator
Attn: 1557 Coordinator
CVS Pharmacy, Inc.
1 CVS Drive, MC 2332,
Woonsocket, RI 02895
Teléfono: 1-800-648-7817, TTY: 711
Correo electrónico: CRCoordinator@aetna.com

Puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o por correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el coordinador de derechos civiles está a su disposición. También puede presentar una queja sobre derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en formato electrónico a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, por correo postal o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

En http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html, tiene disponibles formas de queja.
Este aviso está disponible en el sitio web de Aetna Inc.: https://www.aetna.com/.

5356157-01-01 (07/25)

TTY: **711**

English	**To access language services at no cost to you, call** 1-888-772-9682 **.**
Amharic	እርስዎ ወጪ ሳያወጡ የቋንቋ አገልግሎቶችን ለመድረስ ወደ 1-888-772-9682 ይደውሉ።
Arabic	للحصول على خدمات اللغة مجانًا، اتصل على 1-888-772-9682
Armenian	Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք հեռախոսահամարով: 1-888-772-9682
Carolinian (Kapasal Falawasch)	ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-888-772-9682 .
Chamorro	Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang 1-888-772-9682 .
Chinese Traditional	如欲使用免費語言服務，請致電 1-888-772-9682 .
Cushitic-Oromo	Tajaajila afaanii bilisaan argachuuf, 1-888-772-9682 irratti bilbilaa.
French	Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-888-772-9682 .
French Creole (Haitian)	Pou w jwenn aksè ak sèvis lang gratis pou ou, rele 1-888-772-9682 .
German	Um kostenlos auf Sprachdienste zuzugreifen, rufen Sie 1-888-772-9682 an.
Greek	Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-888-772-9682 .
Gujarati	તમારે કોઇ તના ખર્ચ વના ભાષાની સેવાઓની પહચ માટે, કોલ કરો 1-888-772-9682 .
Hindi	आपके लए बना कसी कमत के भाषा सेवाआ का उपयोग करने के लए, 1-888-772-9682 पर कॉल करे।
Hmong	Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-888-772-9682 .
Italian	Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-888-772-9682 .
Japanese	無料の言語サービスをご利用いただくには、1-888-772-9682 にお電話ください。
Karen	လၢကမၤနှဲ့ ကျိာ်တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢတလိဉ်လာ်ဘူဉ်လာ်စုၤ လၢနဂီၢ်အဂီၢ်, 1-888-772-9682 .
Korean	무료로 언어 서비스를 이용하려면 1-888-772-9682 번으로 전화하세요
Laotian	ເພື່ອເຂົ້າເຖິງການບໍລິການພາສາໂດຍບເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆແກ່ທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-888-772-9682 .
Mon-Khmer, Cambodian	ដើម្បីទទួលនេសវាផ្នែនកភាសាដោយមិនគិតៃថ្លលពីអ្នែនកសូមទូរសព្ទទេលខ 1-888-772-9682 ។
Navajo	T’áá ni nizaad k’ehjí bee níká a’doowoł doo bą́ą́h ílínígóó kojį’ hólne’ 1-888-772-9682 .
Pennsylvanian-Dutch	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-888-772-9682 .
Persian-Farsi	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-888-772-9682 تماس بگیرید.
Polish	Aby uzyskać bezpłatny dostęp do usług językowych, zadzwoń pod numer 1-888-772-9682 .
Portuguese	Ligue para 1-888-772-9682 para receber assistência linguística gratuita.
Punjabi	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, 1-888-772-9682 ‘ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।
Russian	Чтобы получить бесплатные языковые услуги, позвоните по номеру 1-888-772-9682 .
Samoan	Mo le mauaina o auaunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala’au le 1-888-772-9682 .
Serbo-Croatian	Za besplatne prevodilačke usluge pozovite 1-888-772-9682 .
Spanish	Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-888-772-9682 .
Syriac-Assyrian	ܒܗ، ܡܒܪܟ ܠܟ ܒܫܘܬܦ ܕܫܝܪܘܬ ܠܫܢ̈ܐ ܕܠܐ ܡܫܠܡ ܠܟ: 1-888-772-9682 .
Tagalog	Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kang babayaran, tumawag sa 1-888-772-9682 .
Thai	หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทร 1-888-772-9682 .
Ukrainian	Щоб отримати безкоштовний доступ до мовних послуг, задзвоніть за номером 1-888-772-9682 .
Vietnamese	Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-888-772-9682 .

©2025 Aetna Inc.