Un plan que cambia la vida

Plan de seguro por enfermedad grave de Aetna



Los altibajos de la vida. Un día está camino al altar y al siguiente, de camino al hospital. Le preocupa su salud y perder semanas de trabajo. ¿Cómo piensa pagar todo? Es posible prepararse para momentos como este con el plan de seguro por enfermedad grave de Aetna.

Le pagamos los beneficios en efectivo



Usted decide cómo usar su dinero

Con nuestro plan de seguro por enfermedad graves **recibe beneficios en una única suma** por una amplia gama de enfermedades cubiertas, como un ataque cardíaco, un derrame cerebral, cáncer y más. 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: GR-96844.

2376952-05-01

aetna®

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? No hay problema. Simplemente cargue un archivo PDF o una fotografía de su factura médica. 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.

Me pasó a mí... y podría pasarle a usted

"Tuve un ataque cardíaco. Ahora estoy en recuperación, pero en ese momento había olvidado que tenía el seguro por enfermedades graves de Aetna... hasta que recibí un correo electrónico que me lo recordó. Accedí en línea, me registré para recibir el depósito directo y presenté un reclamo. Recibí el dinero rápidamente. Utilicé parte para cubrir los costos de desembolso del tratamiento y el resto para disfrutar por fin de una larga luna de miel",* comentó Danielle.*



*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: Los beneficios se pagan por diagnósticos de enfermedades graves cubiertas que se produzcan en la fecha de entrada en vigor de la 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-96843.
Las formas de póliza emitidas en Misuri incluyen las siguientes: GR-96844-01.

©2025 Aetna Inc.
2376952-05-01

RESUMEN DE BENEFICIOS

Banner Health
802395

Plan de Enfermedad crítica Plus con cáncer de Aetna

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

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

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

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

Valor nominal

Beneficio cubierto	Bajo	Medio	Alto
Valor nominal del empleado	**$10,000**	**$20,000**	**$30,000**
Valor nominal del cónyuge	50% del valor nominal del empleado		
Valor nominal de hijo(s)	50% del valor nominal del empleado		

Proprietary

Afecciones de Enfermedades críticas

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal (empleado):
Ataque al corazón (infarto de miocardio) Paga un beneficio cuando se le diagnostica un infarto (infarto de miocardio) que deriva de un bloqueo de una o más arterias coronarias.	100%
Derrame cerebral Paga un beneficio cuando se le diagnostica un derrame cerebral que produce parálisis u otro defecto neurológico objetivo mensurable que persiste por lo menos **30 días**.	100%
Condición de las arterias coronarias que requieren cirugía de bypass Paga un beneficio cuando se le diagnostica una afección de las arterias coronarias que requiere cirugía de derivación (bypass).	25%
Insuficiencia de los órganos principales Paga un beneficio cuando se le diagnostica insuficiencia orgánica aguda de corazón, riñón, hígado, pulmón o páncreas y que debido a ello se incluye a la persona asegurada en la lista de UNOS (Red Unida para Compartir Órganos) para recibir un trasplante.	100%
Etapa final de la enfermedad renal Paga un beneficio cuando se le diagnostica insuficiencia renal en etapa terminal, y la persona asegurada tiene que someterse a hemodiálisis o diálisis peritoneal periódicamente al menos una vez por semana.	100%
Parálisis Paga un beneficio cuando se le diagnostica parálisis que resulta en paraplejia o cuadriplejia (pérdida completa, total y permanente del uso de dos o más extremidades) confirmada por el médico a cargo de la persona asegurada. La parálisis debe continuar por un período de **60 días consecutivos.**	100%
Pérdida de la vista (ceguera) Paga un beneficio cuando se le diagnostica pérdida de la vista (ceguera) que es la pérdida total e irrecuperable de la vista en ambos ojos. La pérdida de la vista (ceguera) tiene que continuar durante un período de **90 días consecutivos.**	100%
Pérdida del habla Paga un beneficio cuando se le diagnostica la pérdida del habla que no puede corregirse en ningún grado funcional mediante ningún procedimiento, ayuda o dispositivo. La pérdida del habla debe continuar por un período de **90 días consecutivos.**	100%
Pérdida de la audición Paga un beneficio cuando se le diagnostica la pérdida de la audición en ambos oídos, que no puede corregirse a ningún grado funcional mediante ningún procedimiento, ayuda o dispositivo. La pérdida de audición debe continuar por un período de **90 días consecutivos.**	100%

Proprietary

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal (empleado):
VIH Ocupacional Paga un beneficio cuando le diagnostican VIH ocupacional. La fecha de la prueba de anticuerpos para VIH con resultado positivo debe ser posterior a la prueba previa con resultado negativo para la misma afección con un lapso de **180 días** entre las dos pruebas.	100%
Coma Paga un beneficio cuando se le diagnostica estado de coma, que se caracteriza por la ausencia de apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora, y la persona requiere intubación para recibir asistencia respiratoria (no se cubre el estado de coma inducido médicamente). El estado de coma debe durar **14 o más días consecutivos.**	100%
Tumor cerebral benigno Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica un tumor cerebral benigno.	100%
Quemaduras de tercer grado Paga un beneficio cuando se le diagnostica una quemadura de tercer grado que cubre más del **10%** de la superficie corporal total (también llamada quemadura de espesor total).	100%
Enfermedad de Alzheimer Paga un beneficio cuando un psiquiatra o neurólogo le diagnostica la enfermedad de Alzheimer.	25%
Enfermedad de Parkinson Paga un beneficio cuando un psiquiatra o neurólogo le diagnostica la enfermedad de Parkinson.	25%
Lupus Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica lupus.	25%
Esclerosis múltiple (MS) Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica esclerosis múltiple.	25%
Distrofia muscular Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica distrofia muscular.	25%
Beneficio de diagnóstico de Enfermedad crítica posterior El diagnóstico posterior de una enfermedad crítica cubierta diferente es pagadero en la cantidad original si se produce al menos 180 días después de la fecha anterior de diagnóstico para el cual se pagó un beneficio. Ningún beneficio es pagadero si el diagnóstico posterior se produce al menos 180 días más tarde.	100%
Beneficio de diagnóstico de Enfermedad crítica recurrente Si una persona asegurada se le ha diagnosticado inicialmente con una enfermedad crítica y recibió un beneficio para una enfermedad crítica y luego se diagnostica con la misma enfermedad crítica de nuevo, al menos 180 días después, pagaremos el porcentaje anteriormente indicado del beneficio como se indica en el Programa de Beneficios para la enfermedad crítica recurrente diagnosticada. Ningún beneficio es pagadero si la recurrencia se produce menos de 180 días después.	50%

Proprietary

Afecciones críticas adicionales

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal (empleado):
Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica síndrome de dificultad respiratoria aguda (ARDS).	25%

Beneficio de cáncer

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal (empleado):
Cáncer (Invasivo) Paga un beneficio cuando se le diagnostica cáncer (invasivo) que se identifica por la presencia de células malignas o un tumor maligno que se caracteriza por el crecimiento y proliferación incontrolados y anormales de células malignas invasivas.	100%
Carcinoma in situ (no invasivo) Paga un beneficio cuando se le diagnostica un carcinoma in situ que está en el lugar natural o normal, confinado al sitio de origen sin haber invadido el tejido adyacente. El cáncer de piel no se considerará carcinoma in situ para los fines de este certificado.	25%
Cáncer de piel Paga un beneficio cuando se le diagnostica cáncer de piel (melanoma nivel I o II de Clark - menos de 0.75 mm), carcinoma de células basales, o carcinoma de células escamosas. *El beneficio de cáncer de piel proporciona cobertura para el melanoma maligno invasivo en la dermis o más profundas o tumores de la piel malignos que se han vuelto metastásico.*	$1,000 (Una ves por vida)
Beneficio de diagnóstico de cáncer recurrente (invasivo) Si una persona asegurada se le ha diagnosticado inicialmente con cáncer (invasivo) y recibió un beneficio para el cáncer (invasivo) y es diagnosticado posteriormente otra vez con cualquier tipo de cáncer (invasivo), al menos 180 días después, pagaremos el porcentaje anteriormente indicado del Beneficio de cáncer para el cáncer (invasivo) como se indica en el Programa de Beneficios para el cáncer (invasivo) diagnosticado. Ningún beneficio es pagadero si la recurrencia se produce menos de 180 días después.	50%

Proprietary

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal (empleado):
Beneficio de diagnóstico de recurrencia de carcinoma in situ (no invasivo) Si una persona asegurada se le ha diagnosticado inicialmente con carcinoma in situ (no invasivo) y recibió un beneficio para el carcinoma in situ (no invasivo) y es diagnosticado posteriormente otra vez con cualquier tipo de carcinoma in situ (no invasivo), al menos 180 días después, pagaremos el porcentaje anteriormente indicado del Beneficio de cáncer para el carcinoma in situ (no invasivo) como se indica en el Programa de Beneficios para el carcinoma in situ (no invasivo) diagnosticado. Ningún beneficio es pagadero si la recurrencia se produce menos de 180 días después.	50%

Beneficios adicionales del plan

Cobertura de evaluaciones de salud:

Beneficio de evaluación de salud **$50**

Se paga una vez por año del plan, por cada miembro, por uno de los exámenes preventivos mencionados a continuación.
Nota: El año del plan podría no coincidir con el año calendario.

Máximo 1 prueba de evaluación médica por año del plan

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

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

Proprietary

Enfermedad crítica: exclusiones y limitaciones

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

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

1. Suicidio o intento de suicidio, lesión autoinfligida intencionalmente o enfermedad, todo intento de lesión autoinfligida intencionalmente, lesión causada por un acto autoinfligido o enfermedad, mientras está en sano juicio o no, excepto como resultante de un trastorno diagnosticado en la versión más actual del Manual de Diagnóstico y Estadístico (en inglés, DSM)
2. Estar bajo la influencia de un estimulante (como anfetaminas o pitrates), depresor, alucinógeno, narcótico o cualquier producto tóxico de drogas, incluidos los recetados por un médico que se utilizan indebidamente por la persona asegurada; excepto como resultado 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.

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.

Proprietary

Preguntas frecuentes sobre el plan de Enfermedad crítica

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

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

¿Puedo tener más de un Plan de Enfermedades críticas?

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

¿Qué significa Valor nominal?

El valor nominal es el beneficio máximo que paga un plan por el diagnóstico cubierto de un miembro. Sus beneficios se basan en un porcentaje del valor nominal, o un monto en dólares específico, como si indica. Los beneficios de sus dependientes se basan en un porcentaje de sus beneficios.

¿A quién se le pagan los beneficios?

Los beneficios se pagan a usted, el miembro

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

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

¿Cómo presento un reclamo?

Ingrese a **myaetnasupplemental.com** y seleccione "Iniciar sesión" o "Registrarse", dependiendo de si ha configurado su cuenta. Haga clic en el botón "Crear un nuevo reclamo" y responda a unas preguntas rápidas. Incluso puede guardar su reclamo para finalizar más tarde. También puede imprimir o enviar por correo los formularios a: Aetna Voluntary Plans, PO Box 14079, Lexington, KY 40512-4079, o puede solicitarnos que le enviemos un formulario impreso.

¿Qué ocurre si no entiendo algo que he leído aquí, o tengo más preguntas?

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

¿Qué debo hacer en caso de una emergencia?

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

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

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

Proprietary

Información importante sobre sus beneficios

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

Por favor, consulte las guías para interesados en la cobertura del cáncer:
http://demo.avpenroll.com/media/1591/maine-nh-prod_serv_consumer_guide_cancer.pdf
http://demo.avpenroll.com/media/1590/aetna-utah_ci_buyersguide.pdf

Quejas y apelaciones

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

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

Proprietary

Protegemos su privacidad

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

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

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

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

Consideramos estas actividades clave para la administración de nuestros planes. Cuando lo permite la ley, utilizamos y divulgamos su información personal de las maneras descritas anteriormente sin su permiso.

Nuestro aviso de privacidad incluye una explicación completa de las maneras en que usamos y divulgamos su información. También explica cuando necesitamos su permiso para usar o divulgar su información.

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

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

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

Proprietary

ATENCIÓN RESIDENTES DE MASSACHUSETTS: A partir del 1 de enero de 2009, la Ley de Reforma de la Atención Médica de Massachusetts requiere que los residentes de Massachusetts de dieciocho (18) años o mayor, deben tener cobertura de salud que reúna las normas de Cobertura Comprobable Mínima establecidas por el Conector de Seguro de Salud del Estado, a menos que sea exonerado del requisito de seguro de salud de acuerdo con asequibilidad económica o indigencia. Para obtener más información, llame al Conector al **1-877-MA-ENROLL (1-877-623-6765)** o visite el sitio de Internet del Conector en **(www.mahealthconnector.org)**. ESTA PÓLIZA, EN SÍ, NO CUMPLE CON LOS ESTÁNDARES DE COBERTURA COMPROBABLE MÍNIMA. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede comunicarse con la División de Seguros llamando al **1-617-521-7794** o visite el sitio de Internet en **www.mass.gov/doi**.

Cláusula de las exclusiones de sanciones financieras

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

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

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

Proprietary

AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

COBERTURA LIMITADA DE BENEFICIOS MÉDICOS

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

RESUMEN DE COBERTURA (OUTLINE OF COVERAGE)

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

Algunas notas sobre la manera en que utilizamos palabras

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

1. Lea **su** póliza/certificado atentamente: Este resumen de cobertura proporciona una breve descripción de las características importantes de **su** póliza. Este no es el contrato de seguros y sólo las disposiciones de la póliza actual controlarán. La póliza en sí establece en detalle los derechos y las obligaciones de **usted** y **nosotros**. Es, por lo tanto, ¡muy importante que **usted** LEA **SU** PÓLIZA/CERTIFICADO ATENTAMENTE!

2. La cobertura limitada de beneficios médicos está diseñada para proporcionar una cobertura limitada o suplementaria a las **personas aseguradas**.

3. **Usted** puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Idaho en cualquier momento:
   Consumer Affairs
   700 W State Street, 3rd Floor
   PO Box 83720
   Boise ID 83720-0043
   1-800-721-3272 o 208-334-4250 o www.DOI.Idaho.gov

Beneficios médicos:

Valor nominal del empleado	**$10,000, $20,000 o $30,000**
Valor nominal del cónyuge/pareja de /pareja de hecho asegurado	**50% del valor nominal del empleado**
Valor nominal de niños asegurados	**50% del valor nominal del empleado**

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

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

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

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

Proprietary

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

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

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

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

Proprietary

Beneficios adicionales

Beneficio de evaluación de salud

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

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

Exámenes médicos cubiertos:

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

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

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

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

   Anomalías congénitas de niños **dependientes asegurados** no están excluidos.

5. **Información adicional**:

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

   - **Cambios de la prima:** Las tarifas de las primas pueden ser cambiados por **nosotros**. Si las tarifas se modifican, **nosotros** le daremos por lo menos 31 días aviso previo por escrito.

   - **Portabilidad:** Si **su** empleo cesa y, como resultado, **su** cobertura bajo la póliza termina, **nosotros** ofreceremos cobertura de portabilidad. Dicha cobertura estará a **su** disposición y para cualquiera de **sus dependientes asegurados**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Comuníquese con su agente o representante de seguros con licencia para averiguar qué cobertura médica principal está disponible.

2. Para saber si cumple con los requisitos para un período de inscripción especial para obtener cobertura médica principal a través del Mercado de Seguros Médicos de Nuevo México, comuníquese con la línea gratuita de beWellnm, al **1-833-862-3935**.

3. Para saber si cumple con los requisitos para recibir cobertura de Medicaid y para completar una solicitud, comuníquese con la línea directa gratuita de ampliación de Medicaid del Departamento de Servicios Humanos, al **1-855-637-6574**, o visite **https://www.yes.state.nm.us/yesnm/home/index.**

4. Para saber si cumple con los requisitos para obtener cobertura de un fondo común de alto riesgo, comuníquese con el programa New Mexico Medical Insurance Pool ("High Risk Pool"), al **1-844-728-7896**, o visite **https://nmmip.org/**. Si no tiene seguro y le diagnosticaron COVID-19, cumple con los requisitos para obtener cobertura de un fondo común de alto riesgo.

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

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

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.