

RESUMEN DE BENEFICIOS



Columbia-Brazoria Independent School District
802503

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	Alto
Valor nominal del empleado	\$10,000	\$20,000
Valor nominal del cónyuge	50% del valor nominal del empleado	
Valor nominal de hijo(s)	50% del valor nominal del empleado	

Afecciones de Enfermedades críticas

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal (empleado):
<p>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.</p>	100%
<p>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.</p>	100%
<p>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).</p>	25%
<p>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.</p>	100%
<p>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.</p>	100%
<p>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.</p>	100%
<p>Pérdida de la vista (ceguera) Paga un beneficio cuando se le diagnostica pérdida de la vista (ceguera) que es la pérdida total e irreparable de la vista en ambos ojos. La pérdida de la vista (ceguera) tiene que continuar durante un período de 90 días consecutivos.</p>	100%
<p>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.</p>	100%
<p>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.</p>	100%

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal (empleado):
<p>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.</p>	100%
<p>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.</p>	100%
<p>Tumor cerebral benigno Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica un tumor cerebral benigno.</p>	100%
<p>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).</p>	100%
<p>Enfermedad de Alzheimer Paga un beneficio cuando un psiquiatra o neurólogo le diagnostica la enfermedad de Alzheimer.</p>	25%
<p>Enfermedad de Parkinson Paga un beneficio cuando un psiquiatra o neurólogo le diagnostica la enfermedad de Parkinson.</p>	25%
<p>Lupus Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica lupus.</p>	25%
<p>Esclerosis múltiple (MS) Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica esclerosis múltiple.</p>	25%
<p>Distrofia muscular Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica distrofia muscular.</p>	25%
<p>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.</p>	100%
<p>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.</p>	100%

Beneficio de cáncer

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal (empleado):
<p>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.</p>	100%
<p>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.</p>	25%
<p>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. <i>El beneficio de cáncer de piel proporciona cobertura para el melanoma maligno invasivo en la dermis o más profundas o tumores de la piel malignos que se han vuelto metastásico.</i></p>	\$1,000
<p>Beneficio de diagnóstico de cáncer recurrente (invasivo) Si una persona asegurada se le ha diagnosticado inicialmente con cáncer (invasivo) y recibió un beneficio para el cáncer (invasivo) y es diagnosticado posteriormente otra vez con cualquier tipo de cáncer (invasivo), al menos 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.</p>	100%
<p>Beneficio de diagnóstico de recurrencia de carcinoma in situ (no invasivo) Si una persona asegurada se le ha diagnosticado inicialmente con carcinoma in situ (no invasivo) y recibió un beneficio para el carcinoma in situ (no invasivo) y es diagnosticado posteriormente otra vez con cualquier tipo de carcinoma in situ (no invasivo), al menos 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.</p>	100%

Beneficios adicionales del plan

Cobertura de evaluaciones de salud:

Beneficio de evaluación de salud

\$50

Paga un beneficio de suma global si una persona asegurada recibe alguna de las pruebas de evaluación médica aprobadas. Se debe efectuar un pago por la atención que recibe una persona asegurada debido a pruebas de evaluación médica; y el servicio no debe ser prestado ni recibido para diagnosticar o tratar una enfermedad sospechada o identificada.

Máximo 1 prueba de evaluación médica por año del plan

- Perfil de lipoproteínas (suero más HDL, LDL y triglicéridos)
- 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
- Colonoscopia
- Colonoscopia 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)

Enfermedad crítica: exclusiones y limitaciones

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

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

1. Suicidio 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 otro 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.

Preguntas frecuentes sobre el plan de Enfermedad crítica

¿Tengo que ser activo en el trabajo para la inscripción en la cobertura?

Sí, debe ser activo en el trabajo con el fin de inscribirse y para que la cobertura entre en vigor. Usted está activo en el trabajo si está trabajando, o está disponible para trabajar, y cumple con los criterios establecidos por su empleador para reunir los requisitos para inscribirse.

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

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

¿Puedo tener más de un Plan de Enfermedades críticas?

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

¿Qué significa Valor nominal?

Valor nominal significa el monto fijo en dólares máximo que podría recibir por cada beneficio de enfermedad crítica. El Valor nominal de su cónyuge y cada uno de sus dependientes es un porcentaje del Valor nominal del empleado. Algunos de los beneficios pagan un monto fijo que equivale a un porcentaje del Valor nominal. Los montos de los beneficios varían, de acuerdo con su diseño de plan.

¿A quién se le pagan los beneficios?

Los beneficios se pagan a usted, el miembro

¿Es mi póliza de 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.

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.

Quejas y apelaciones

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

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

Protegemos su privacidad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cláusula de las exclusiones de sanciones financieras

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

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

Los formularios de póliza emitidos en Idaho incluyen: GR-96843, GR-96844.

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

Los formularios de póliza emitidos en Oklahoma incluyen: GR-96843, GR-96844.

