Tome precauciones

Plan de seguro por accidentes de Aetna®

Prepárese para lo inesperado

¿Tiene respaldo financiero si sufre una lesión accidental? El plan de seguro por accidentes de Aetna puede ayudarlo a complementar su cobertura médica.

¿Qué es el plan de seguro por accidentes de Aetna?

Con el plan de seguro por accidentes de Aetna, se pagan beneficios cuando usted recibe tratamiento por una lesión accidental. Se cubre una larga lista de lesiones leves y graves. Puede usar los beneficios para pagar los costos de desembolso por servicios médicos o para sus gastos personales.

¿En qué se diferencia de un plan médico principal?

Los planes médicos pagan los tratamientos que usted recibe directamente a los ***médicos y hospitales***. Pero esos planes no suelen cubrir el 100 % de los costos hasta que usted haya alcanzado los deducibles y pagado los coseguros correspondientes, por lo que usted tiene que pagar todo lo demás. Los planes médicos tampoco cubren otros gastos que podrían surgir de un problema de salud, como el cuidado de niños, el alquiler y más, si usted no pudiera trabajar.

El plan de seguro por accidentes de Aetna le paga los beneficios directamente a ***usted***. Obtendrá dinero extra cuando más lo necesite. El plan puede ayudar a cubrir las carencias, lo que lo convierte en un gran complemento de su plan médico principal.

¿Cómo puede usar los beneficios en dinero en efectivo?

Usted decide. Puede usar el dinero para lo siguiente:

- Deducibles o copagos
- Hipoteca o alquiler
- Alimentos o servicios

¡Y para muchísimo más! Use los beneficios como *usted* prefiera.

Es fácil de usar

Las herramientas en línea facilitan la administración de su plan. Si sufre una lesión cubierta o recibe un tratamiento cubierto, presentar un reclamo le llevará unos 90 segundos o menos. Le pagaremos los beneficios de forma directa mediante cheque o depósito directo.

Los planes de seguro por accidentes son ofrecidos o asegurados por Aetna Life Insurance Company (Aetna), ubicada en 151 Farmington Ave., Hartford, CT, 06156. Las formas de pólizas emitidas en Idaho incluyen las siguientes: GR-96842 y AL VOL HPOL-Hosp 01.

aetna®

© 2025 Aetna Inc.
1029151-01-01

Los accidentes ocurren en todas partes

El costo promedio por persona de todas las lesiones que no ocasionaron la muerte del paciente y se trataron inicialmente en un departamento de emergencias fue de unos **$6,620**[1]. En los Estados Unidos, **cada cuatro segundos** alguien se lesiona en su propio hogar[2].

Nunca se sabe...

Miguel* no esperaba que lo chocaran de atrás durante la hora pico. Pero sucedió. Ahora, tanto su auto como su espalda necesitan cuidados.

Afortunadamente, Miguel contaba con el plan de seguro por accidentes de Aetna®. Él presentó su reclamo en línea y, como había elegido la opción de depósito directo, le depositaron el dinero por los beneficios directamente en su cuenta bancaria. Usó parte del dinero para cubrir costos de desembolso por servicios médicos. El resto lo destinó a reparar su auto.

Aetna Simplified Claims Experience™

Regístrese en la aplicación **My Aetna Supplemental** o en el portal para miembros, **Myaetnasupplemental.com**. Podrá ver los documentos del plan, enviar reclamos y hacerles un seguimiento, y registrarse para el servicio de depósito directo. También se puede acceder al portal desde **Aetna.com**.

Presentar un reclamo es fácil. Haga clic en "Report New Claim" (Registrar nuevo reclamo) y responda algunas preguntas breves. También puede imprimir y enviar por correo una forma de reclamo en papel a Aetna Voluntary Plans. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Cliente al **1-800-800-8121 (TTY: 711),** de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

[1] "Average medical cost of fatal and non-fatal injuries by type in the USA", Biblioteca Nacional de Medicina, 27 de febrero de 2021, disponible en https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31888976/. Consultado el 17 de junio de 2022.

[2] "About Home Safety", Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU, 2022, disponible en https://www.hud.gov/program_offices/healthy_homes/healthyhomes/homesafety_ Consultado el 17 de junio de 2022.

* Solo es un ejemplo, no refleja situaciones vividas por una persona real.

© 2025 Aetna Inc.
2407471-01-01

Resumen de beneficios

Plan de seguro por accidentes de Aetna®
(para accidentes dentro y fuera del trabajo)

Fabens Independent School District

6501570

El plan de seguro por accidentes ofrece ayuda financiera

- Su inscripción está garantizada, no tiene que presentar evidencia de asegurabilidad.
- Puede pagar fácilmente las primas deduciéndolas de su salario.
- Si dejara de cumplir con los requisitos para la cobertura, puede conservar los planes y pagar las primas directamente a Aetna.

Esté preparado para los hechos inesperados.

¿Tiene preguntas sobre el plan? Llámenos al número gratuito **1-800-800-8121 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. Estamos a su disposición para responder preguntas antes y después de su inscripción. En casos de emergencia, llame al 911 o a su número local para llamadas de emergencia, o diríjase directamente a un centro de cuidado de emergencia.

Este es un resumen de sus beneficios. Hay límites con respecto a la cantidad de veces que se paga un beneficio. Se especifican en el *Certificado de cobertura*. Si un servicio o una lesión aparecen en más de una categoría, el plan paga un solo beneficio, el que sea mayor. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, los máximos, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura.

Nota: El plan de seguro por accidentes de Aetna paga beneficios para cuidado, servicios y tratamiento específicos relacionados con un accidente cubierto. No paga beneficios para cuidado, servicios y tratamiento que ocurran antes de la fecha de entrada en vigor del plan.

© 2025 Aetna Inc.
2407471-01-01

Plan de seguro por accidentes

Cuidado inicial

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Ambulancia terrestre	$300	$300
Ambulancia aérea	$1,500	$1,500
Máximo de traslados por accidente, combinado para ambulancias terrestres y aéreas	*1*	*1*
Sala de emergencias y hospital	$150	$200
Consultorio del médico y centro de cuidado de urgencia	$150	$200
Clínica sin cita previa y telemedicina	$50	$50
Máximo de visitas por accidente para todos los ámbitos de servicio	*1*	*1*
Máximo de visitas por año del plan para todos los ámbitos de servicio	*3*	*3*
Radiografías	$50	$75
Servicios de laboratorio	$50	$75
Servicios médicos de diagnóstico por imágenes	$150	$200

Cuidado de seguimiento

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Sala de emergencias y hospital	$50	$50
Consultorio del médico y centro de cuidado de urgencia	$50	$50
Clínica sin cita previa y telemedicina	$25	$25
Máximo de visitas por accidente para todos los ámbitos de servicio	*3*	*4*
Máximo de visitas por año del plan para todos los ámbitos de servicio	*9*	*12*
Dispositivos grandes	$200	$300
Dispositivos menores	$100	$150
Máximo combinado de dispositivos grandes y menores	*1*	*1*
Tratamiento quiropráctico y terapia alternativa	$25	$35
Máximo combinado de visitas por accidente	*10*	*10*
Máximo combinado de visitas por año del plan	30	30
Manejo del dolor *(anestesia epidural)*	$100	$150
Medicamentos con receta	$10	$10
Un dispositivo protésico o extremidad artificial	$750	$1,500
Varios dispositivos protésicos o extremidades artificiales	$1,500	$3,000
Beneficio máximo por accidente para dispositivos protésicos	*1*	*1*
Reparación o reemplazo *(porcentaje del beneficio para dispositivos protésicoso extremidades artificiales)*	25%	25%
Beneficio máximo por accidente para reparación o reemplazo	*1*	*1*
Servicios de terapia	$25	$35
Máximo por accidente para los servicios de terapia	*10*	*10*
Máximo por año para los servicios de terapia	*30*	*30*

Nota: Los dispositivos grandes incluyen los siguientes: faja lumbar, corsé de sujeción, andador de rodilla, silla de ruedas, *scooter* para personas con movilidad reducida o silla de ruedas motorizada.
Nota: Los dispositivos menores incluyen los siguientes: faja, bastón, muletas, andador, bota ortopédica, demás dispositivos médicos para asistir con el movimiento físico.

Plan de seguro por accidentes

Cuidado en hospital

Internaciones en hospitales y en otros ámbitos por un accidente cubierto.

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Ingreso en el hospital, en una unidad que no sea de cuidados intensivos *(primer día)*	$1,000	$1,500
Ingreso en el hospital, en una unidad de cuidados intensivos *(primer día)*	$2,000	$3,000
Internación que no sea en una unidad de cuidados intensivos, por día	$200	$300
Internación en una unidad de cuidados intermedios, por día	$300	$450
Internación en una unidad de cuidados intensivos, por día	$400	$600
Máximo de días por accidente (combinado para todas las internaciones por el mismo accidente)	*365*	*365*
Internación en una unidad de rehabilitación, por día	$100	$150
Máximo de días por accidente para internación en una unidad de rehabilitación	*30*	*30*
Unidad de observación *(un día por año del plan)*	$100	$100

Nota: El beneficio diario por internación comienza en el día 1.

Cuidado quirúrgico

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Sangre, plasma y plaquetas	$400	$500
Lesión ocular: reparación quirúrgica	$300	$400
Lesión ocular: remoción de un objeto extraño	$150	$200
Cirugía *(sin reparación)*: artroscópica o exploratoria	$150	$200
Cirugía *(con reparación)*: craneal, abdominal abierta o torácica	$1,500	$2,000
Cirugía *(con reparación)*: hernia	$250	$300
Cirugía *(con reparación)*: hernia de disco	$750	$1,000
Cirugía *(con reparación)*: tendón, ligamento, manguito de los rotadores; una sola reparación	$750	$1,000
Cirugía *(con reparación)*: tendón, ligamento, manguito de los rotadores; reparaciones múltiples	$1,500	$2,000
Cirugía *(con reparación)*: cartílago de la rodilla desgarrado	$750	$1,000
Cirugía con internación *(no especificada, con reparación)*	$250	$300
Cirugía ambulatoria *(no especificada, con reparación)*	$250	$300
Máximo de beneficios por accidente, combinado para todos los tipos de cirugía (con reparación y sin ella)	*2*	*2*

Nota: Los beneficios quirúrgicos tienen que estar relacionados con un accidente cubierto.

Alojamiento y traslados

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Alojamiento	$200	$200
Máximo de días de por accidente	*30*	*30*
Traslado	$300	$300
Máximo por accidente para los beneficios de traslado	*1*	*1*

Nota: El alojamiento y el traslado tienen que estar relacionados con un accidente cubierto, cuando un miembro (o su acompañante) tiene que trasladarse a más de 50 millas de su hogar para recibir cuidado.

Plan de seguro por accidentes

Dislocaciones: reducción cerrada *(no quirúrgica)*

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Cadera	$3,000	$6,000
Rodilla	$1,500	$3,000
Tobillo: hueso(s) del pie, que no sean los dedos	$750	$1,500
Clavícula: articulación esternoclavicular	$600	$1,200
Mandíbula inferior	$600	$1,200
Hombro: articulación glenohumeral	$600	$1,200
Codo	$600	$1,200
Muñeca	$600	$1,200
Hueso(s) de la mano, que no sean los dedos	$600	$1,200
Clavícula: articulación acromioclavicular y separación	$150	$300
Costilla	$150	$300
Un dedo del pie o de la mano	$150	$300
Dislocación parcial *(porcentaje de la dislocación mencionada)*	25%	25%
Máximo de dislocaciones por accidente	*3*	*3*

Nota*:* Reducción cerrada significa que la lesión no necesita una reparación quirúrgica. Para reducción abierta (cuando la lesión necesita una reparación quirúrgica), **se paga el doble** del monto del beneficio para reducción cerrada.

Plan de seguro por accidentes

Fracturas: reducción cerrada *(no quirúrgica)*

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Cráneo deprimido, excepto los huesos de la cara o la nariz	$4,125	$8,250
Cráneo no deprimido, excepto los huesos de la cara o la nariz	$4,125	$8,250
Cadera o muslo *(fémur)*	$1,725	$3,450
Cuerpo vertebral, excepto las apófisis vertebrales	$1,125	$2,250
Pelvis (incluye ilion, isquion, pubis y acetábulo, no incluye el coxis)	$1,125	$2,250
Pierna: tibia o peroné	$1,125	$2,250
Huesos de la cara o la nariz, excepto los maxilares superior e inferior	$600	$1,200
Mandíbula superior, maxilar *(excepto la apófisis alveolar)*	$600	$1,200
Brazo, entre el codo y el hombro *(húmero)*	$600	$1,200
Mandíbula inferior, maxilar *(excepto la apófisis alveolar)*	$600	$1,200
Clavícula y esternón	$600	$1,200
Omóplato *(escápula)*	$600	$1,200
Apófisis vertebrales	$600	$1,200
Antebrazo *(radio o cúbito)*	$450	$900
Rótula	$450	$900
Manos o pies *(excepto los dedos)*	$450	$900
Tobillo o muñeca	$450	$900
Costilla	$225	$450
Coxis	$225	$450
Dedo de la mano o del pie	$225	$450
Fractura conminuta *(porcentaje de la fractura mencionada)*	25%	25%
Máximo de fracturas por accidente	*3*	*3*

Nota: Reducción cerrada significa que la lesión no necesita una reparación quirúrgica. Para reducción abierta *(cuando la lesión necesita una reparación quirúrgica)*, **se paga el doble** del monto del beneficio para reducción cerrada.

Muerte accidental

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Empleado	$50,000	$100,000
Cónyuge dependiente cubierto	$25,000	$50,000
Hijos dependientes cubiertos	$25,000	$50,000

Muerte accidental en transporte público

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Empleado	$100,000	$200,000
Cónyuge dependiente cubierto	$50,000	$100,000
Hijos dependientes cubiertos	$50,000	$100,000

Nota: Se paga un beneficio por muerte accidental en transporte público si usted o un dependiente cubierto sufren una lesión accidental que les provoca la muerte mientras viajan como pasajeros con boleto en una aerolínea pública, ferrocarril, línea de autobús, taxi, etc.

Plan de seguro por accidentes

Desmembramiento accidental

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Pérdida de un brazo	$5,000	$10,000
Pérdida de una mano	$5,000	$10,000
Pérdida de una pierna	$5,000	$10,000
Pérdida de un pie	$5,000	$10,000
Pérdida de la vista	$5,000	$10,000
Pérdida del habla	$10,000	$20,000
Pérdida de la audición	$5,000	$10,000
Máximo de desmembramientos por accidente (que no sean dedos de las manos ni de los pies)	*2*	*2*
Pérdida de un dedo de la mano	$250	$1,000
Pérdida de un dedo del pie	$250	$1,000
Máximo de desmembramientos por accidente (dedos de las manos o de los pies)	*4*	*4*

Parálisis (pérdida completa, total y permanente)

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Cuadriplejia	$10,000	$20,000
Triplejia	$7,500	$15,000
Paraplejia	$5,000	$10,000
Hemiplejia	$5,000	$10,000
Diplejia	$5,000	$10,000
Monoplejia	$2,500	$5,000

Plan de seguro por accidentes

Otras lesiones accidentales

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Modificaciones en el hogar y en vehículos	$1,000	$1,500
Tratamiento por la mordida de un animal: vacuna contra el tétanos	$100	$100
Tratamiento por la mordida de un animal: inyección de antisuero	$200	$200
Tratamiento por la mordida de un animal: vacuna contra la rabia	$300	$300
Lesión cerebral: conmoción cerebral o traumatismo cerebral leve	$150	$200
Lesión cerebral: traumatismo cerebral moderado o grave	$450	$600
Quemadura de segundo grado *(más del 5 % de la superficie total del cuerpo)*	$1,000	$1,500
Quemadura de tercer grado *(menos del 5 % de la superficie total del cuerpo)*	$1,500	$2,250
Quemadura de tercer grado *(entre el 5 y el 10 % de la superficie total del cuerpo)*	$6,000	$9,000
Quemadura de tercer grado *(más del 10 % de la superficie total del cuerpo)*	$18,000	$27,000
Injerto de piel para quemaduras (porcentaje del beneficio para quemaduras mencionado)	*50 % de quemaduras*	*50 % de quemaduras*
Coma *(no inducido)*	$10,000	$20,000
Estado vegetativo persistente	$10,000	$20,000
Coma *(inducido)*	$250	$250
Extracciones dentales	$75	$100
Corona dental	$225	$300
Herida de bala	$1,500	$2,000
Laceración sin sutura	$25	$25
Laceración con sutura *(menos de 7.5 cm)*	$75	$75
Laceración con sutura *(entre 7.6 y 20 cm)*	$300	$300
Laceración con sutura *(más de 20 cm)*	$600	$600
Trastorno de estrés postraumático	$500	$500
Perro de asistencia	$1,500	$1,500
Exención de prima	Incluida	Incluida

Nota: Máximo de **10días** por accidente para los beneficios por coma o estado vegetativo persistente.
Nota: El beneficio por estrés postraumático se limita a una vez de por vida por persona.
Nota: El beneficio de perro de asistencia se limita a un perro de por vida.

Beneficio para deportes organizados

El **beneficio para deportes organizados** paga un **25** por ciento adicional de beneficios si un miembro o miembro cubierto se lesiona mientras participa como miembro registrado en una actividad deportiva organizada.

Nota: El beneficio para deportes organizados no incluye lo siguiente:

- Perro de asistencia
- Injerto de piel para quemaduras
- Mordeduras de animales
- Quemadura
- Herida de bala
- Muerte accidental
- Muerte accidental en transporte público

Plan de seguro por accidentes

Beneficio por realizarse exámenes de salud

Beneficio cubierto	Bajo	Alto
Beneficio por realizarse exámenes de salud *(se paga una vez por miembro por año del plan por realizarse exámenes preventivos cubiertos)*	$50	$50

Exámenes de salud cubiertos

- Examen de médula ósea
- Examen de densidad ósea (DEXA, DXA)
- Biopsias para detectar cáncer
- Perfil químico de la sangre
- Ecografía de seno
- Análisis de sangre de antígeno 125 (CA 125) para detectar cáncer de ovario
- Ultrasonido de carótida con Doppler
- Radiografía de tórax
- Citología
- Análisis de sangre de antígeno 15-3 (CA 15-3) para detectar cáncer de seno
- Análisis de sangre de antígeno carcinoembrionario (CEA) para detectar cáncer de colon
- Examen clínico de testículos
- Colonoscopia
- Hemograma completo
- Examen dental
- Examen de tacto rectal
- Examen Doppler para detectar cáncer
- Exámenes Doppler para detectar enfermedad vascular periférica (también conocida como “arteriosclerosis”)
- Electroencefalograma (EEG)
- Electrocardiograma (EKG o ECG)
- Ecocardiograma (ECHO)
- Endoscopia
- Examen de ojos
- Examen de glucosa en sangre en ayunas
- Examen de glucosa en plasma en ayunas
- Sigmoidoscopia flexible
- Examen de audición
- Prueba de sangre oculta en heces
- Hemoglobina A1C
- Vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)
- Vacunas
- Perfil lipídico (suero más colesterol HDL, colesterol LDL, colesterol total y triglicéridos)
- Mamografía
- Examen para detectar cáncer oral
- Prueba de PAP
- Prueba de antígeno específico prostático (PSA)
- Chequeo de salud de rutina
- Biopsia para detectar cáncer de piel
- Examen para detectar cáncer de piel
- Examen de piel
- Electroforesis de proteína en suero (análisis de sangre para detectar mieloma)
- Finalización satisfactoria del programa para dejar de fumar
- Prueba de esfuerzo en una bicicleta o cinta de correr
- Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual
- Termografía
- Prueba de PAP ThinPrep
- Prueba de glucosa en plasma dos horas después de beber la solución de glucosa
- Ultrasonido para detectar cáncer
- Ultrasonido para detectar aneurisma aórtico abdominal
- Colonoscopia virtual

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

Tarifas del plan de seguro por accidentes de Aetna®

Las tarifas mensuales se detallan a continuación. El empleador determinará sus deducciones según el ciclo de pago de nómina.

Cobertura	Solo para usted	Para usted y su cónyuge	Para usted y sus hijos	Para usted y su familia
Bajo plan	$6.67	$13.34	$14.00	$20.67

Cobertura	Solo para usted	Para usted y su cónyuge	Para usted y sus hijos	Para usted y su familia
Alto plan	$9.90	$19.80	$20.79	$30.69

© 2025 Aetna Inc.
2407471-01-01

Exclusiones y limitaciones del plan de seguro por accidentes de Aetna®

Este plan tiene exclusiones y limitaciones. Consulte la póliza y el certificado para determinar qué beneficios no se pagarán. La siguiente es una lista parcial de servicios y suministros que, en general, no están cubiertos. Sin embargo, el plan puede contener excepciones a esta lista basadas en mandatos estatales o en el diseño del plan adquirido.

Los beneficios de la póliza no se pagarán para ningún cuidado, servicio o suministro por una lesión accidental relacionada con lo siguiente:

1. Ciertas actividades competitivas o recreativas que incluyen, entre otras, pasear en globo aerostático, hacer *bungee jumping*, tirarse en paracaídas y practicar caída libre.
2. Cualquier concurso competitivo atlético profesional o semiprofesional, lo que incluye ser árbitro o entrenador, por el cual recibe un pago.
3. Acto bélico, motín, guerra.
4. Pilotear, aprender a pilotear, ser piloto o miembro de tripulación de cualquier aeronave, sea motorizada o no.
5. Agresión, delito grave, ocupación ilegal u otro acto delictivo.
6. Infecciones bacterianas que no son causadas por un corte o una herida de una lesión accidental.
7. El cuidado que brindan los familiares directos o cualquier miembro del grupo familiar.
8. Cirugía optativa o cosmética.
9. Suplementos nutricionales.
10. Suicidio o intento de suicidio, autoinfligirse heridas intencionalmente o intentar hacerlo, o cualquier tipo de asfixia intencional, excepto cuando derive de un trastorno diagnosticado.
11. Infringir las leyes de uso de dispositivos celulares del estado en el que ocurrió el accidente mientras manejaba un vehículo a motor.
12. Lesión accidental ocasionada mientras estaba en estado de ebriedad o bajo los efectos de cualquier droga, incluidas aquellas recetadas por un médico que no se utilizan de manera apropiada.

No pagaremos beneficios por un servicio o suministro brindado o recibido que no está específicamente cubierto o que no se relaciona con una lesión accidental.

La visita o el servicio de internación debe brindarse en la fecha de entrada en vigor de la cobertura o después de esta, mientras la cobertura esté vigente, dentro de los Estados Unidos o en sus territorios.

Transferibilidad

Su plan incluye una opción de transferibilidad que le permite mantener la cobertura existente pagando directamente a la compañía de seguros. Puede aprovechar esta opción si su empleo cesa por el motivo que sea. Para conocer más disposiciones acerca de la transferibilidad, consulte el *Certificado de cobertura*. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Cliente al **1-800-800-8121 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

ESTE NO ES UN PLAN DE SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE (MEDIGAP). Si cumple o cumplirá con los requisitos para Medicare, consulte la guía gratuita *A Guide to Health Insurance for People with Medicare* (Una guía del seguro de salud para personas que tienen Medicare), disponible en www.medicare.gov.

ESTE PLAN ES UN SUPLEMENTO DEL SEGURO DE SALUD Y NO REEMPLAZA LA COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL. ESTE PLAN NO CUENTA COMO COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA SEGÚN LA LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE.

Se ofrecen beneficios limitados a través de este plan. Se pagan beneficios fijos en efectivo por los servicios cubiertos sin tener en cuenta los cargos reales del proveedor del cuidado de la salud. 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.

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 la cobertura. Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según la ubicación y están sujetas a cambios. Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Aetna. Aetna no proporciona cuidado 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 el lugar.

If you require language assistance, please call the Member Services number on your Aetna ID card, and an Aetna representative will connect you with an interpreter. You can also get interpretation assistance for utilization management issues or for registering a complaint or appeal. 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, por favor llame al número de Servicios al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de Aetna, y un representante de Aetna lo pondrá en contacto con un intérprete. También puede obtener la asistencia de un intérprete para tratar problemas de administración eficaz de la cobertura o para registrar una queja o una apelación. Si usted es sordo o tiene dificultades de audición, use su TTY y marque 711 para comunicarse con el servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Una vez conectado, ingrese o brinde el número de teléfono de Aetna al que está llamando.

AVISO PARA RESIDENTES DE MASSACHUSETTS: A partir del 1.º de enero de 2009, la ley de reforma del cuidado de salud de Massachusetts exige que los residentes de Massachusetts, de dieciocho (18) años de edad y mayores, tengan cobertura de salud que cumpla con los estándares mínimos de cobertura acreditable establecidos por el Commonwealth Health Insurance Connector, salvo que estén eximidos del requisito de seguro de salud por motivos de asequibilidad o dificultades financieras personales. Para obtener más información, comuníquese con el Commonwealth Health Insurance Connector al **1-877-MA-ENROLL (1-877-623-6765)** o visite su sitio web **(mahealthconnector.org)**. ESTA PÓLIZA, POR SÍ SOLA, NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS MÍNIMOS DE COBERTURA ACREDITABLE. Si tiene preguntas sobre este aviso, puede comunicarse con la División de Seguros: llame al **1-617-521-7794** o visite su sitio web, **mass.gov/doi**.

Exclusiones por sanciones financieras
Si la cobertura que se ofrece mediante esta póliza no respeta o no respetará sanciones económicas o comerciales de los Estados Unidos, se considerará nula inmediatamente. Por ejemplo, las compañías de Aetna no pueden realizar pagos o reembolsos de cuidado de salud o de otros reclamos o servicios si esto infringe una norma de sanción financiera. Esto incluye sanciones relacionadas con una persona, entidad o país bloqueados en virtud de una sanción de los EE. UU., a menos que se permita por escrito por una licencia válida de la Oficina de Control de Bienes Extranjeros (OFAC). Para obtener más información sobre la OFAC, visite **http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx.**

Las formas de pólizas emitidas en Oklahoma incluyen las siguientes: GR-96841, AL HPOL-VOL Acc 01 y AL HCOC-VOL Acc 01.
Las formas de pólizas emitidas en Misuri y Wyoming incluyen las siguientes: GR-96842 01, AL HPOL-VOL Acc 01 y AL HCOC-VOL Acc 01.
Las formas de pólizas emitidas en Washington incluyen la siguiente: GR-96842 01.

© 2025 Aetna Inc.
2407471-01-01

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

AVISO PARA RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO:

La cobertura que le brinda 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 podrían surgir del 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 por el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad causada por la COVID-19 que no están incluidos en el seguro.

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. La póliza o plan que usted tiene con nosotros 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 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 el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y en el del Departamento de Salud de Nuevo México hay mucha información sobre la COVID-19. Visítelos en **https://www.cdc.gov/** y **http://cv.nmhealth.org/**.

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