



Estamos a su lado

Plan de seguro por enfermedades graves de Aetna

Esté preparado para lo que viene después

La cobertura de enfermedades graves puede mantenerlo enfocado en su salud cuando más importa. Esta cobertura adicional puede ayudar a aliviar algunas preocupaciones financieras durante una etapa difícil de su vida.

¿Qué es el plan de seguro por enfermedades graves?

Con el plan de seguro por enfermedades graves de Aetna, se pagan beneficios cuando un médico le diagnostica una enfermedad o afección grave que esté cubierta, como un ataque cardíaco, un derrame cerebral, cáncer, entre otras.* Puede usar los beneficios para pagar los costos de desembolso por servicios médicos o sus gastos personales.

¿En qué se diferencia de un plan médico principal?

Con los planes médicos, se ayuda a pagarles a los proveedores los servicios y tratamientos. Sin embargo, no se cubren los costos inesperados que podría haber en caso de una enfermedad grave.

Con el plan de seguro por enfermedades graves de Aetna, se le pagan beneficios directamente a **usted**, brindándole dinero adicional cuando más lo necesita. Puede ayudar a cubrir las carencias, lo que lo convierte en un gran complemento de su plan médico principal.

¿Cómo puede usar los beneficios de dinero en efectivo?

Es su decisión. Usted puede usar el dinero de la forma que quiera, por ejemplo, para lo siguiente:

- deducibles o copagos;
- hipoteca o alquiler;
- alimentos o facturas de servicios.

O puede usarlo para cualquier otra cosa que usted elija.

Fácil de usar

Con las herramientas en línea, gestionar su plan es fácil. Presente un reclamo en 90 segundos, o menos, si le han diagnosticado una enfermedad y los servicios tienen cobertura. Además, los beneficios se le pagan directamente a usted, con un cheque o por depósito directo.

* Consulte los documentos del plan para conocer todas las enfermedades cubiertas conforme al plan.

El plan de seguro por enfermedades graves de Aetna está asegurado por Aetna Life Insurance Company (Aetna).

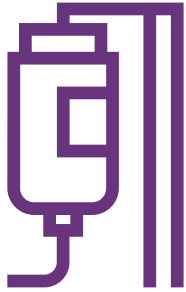
[Aetna.com](https://www.aetna.com)

57.03.508.2 (02/21)



¿Lo sabía?

Más de **1 de cada 3** estadounidenses tienen alguna enfermedad cardíaca, por lo que es la enfermedad más costosa de Estados Unidos, con costos que alcanzan una cifra combinada de \$555 mil millones.¹



Menos de qué preocuparse

Dan* sabe que hay antecedentes de enfermedad cardíaca en su familia. Cuando sufrió un ataque cardíaco, agradeció tener el plan de seguro por enfermedades graves de Aetna.

Envió su reclamo en línea de forma sencilla, y le depositaron el dinero por los beneficios directamente en su cuenta bancaria.

Pudo usar el dinero para pagar los costos de desembolso por servicios médicos y otros gastos, como la cuota de la guardería de sus hijos.

A 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.

Presentar un reclamo es fácil. Haga clic en "Report New Claim" (Registrar nuevo reclamo), responda algunas preguntas breves y suba el archivo o una fotografía de su factura médica. También puede imprimir y enviar por correo una forma de reclamo en papel a Aetna Voluntary Plans.



¹WebMD. Top 11 Medical Expenses (Los 11 gastos médicos principales). Noviembre de 2021 Disponible en: <https://www.webmd.com/healthy-aging/ss/slideshow-top-11-medical-expenses>. Consultado el 3 de junio de 2022.

*Este es un ejemplo ficticio de cómo podría funcionar el plan.

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

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. Mediante el pago de estos beneficios no se pretende cubrir el costo total del cuidado médico. Usted es responsable de asegurarse de que se paguen las facturas del proveedor. Estos beneficios se pagan de forma adicional a cualquier otra cobertura de salud que usted tenga. Este material solo tiene fines informativos. Los planes de seguro tienen exclusiones y limitaciones. No todos los servicios de salud están cubiertos. La cobertura está sujeta a las leyes y reglamentaciones vigentes, incluidas las sanciones económicas y comerciales. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura. Las características, las tarifas, los requisitos que se deben cumplir y la disponibilidad del plan pueden variar según el lugar y están sujetos a cambios. Para obtener más información sobre los planes de Aetna, visite **Aetna.com**.

Las formas de póliza emitidas en Oklahoma incluyen la siguiente: GR-96843, AL HCOC-VOL CI 01, AL HPOL-VOL CI 01.

Las formas de póliza emitidas en Misuri incluyen la siguiente: GR-96844 01, AL HCOC-VOL CI 01, AL HPOL-VOL CI 01.



RESUMEN DE BENEFICIOS

Rockwall Independent School District
803083

Plan básico de Enfermedad crítica 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.

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.

Valor nominal

Beneficio cubierto	Monto
Valor nominal del empleado	\$10,000 \$15,000 \$20,000 \$25,000 \$30,000
Valor nominal del cónyuge	50% del valor nominal del empleado
Beneficio cubierto del cónyuge	50% del beneficio cubierto del empleado
Valor nominal de hijo(s)	50% del valor nominal del empleado
Beneficio cubierto de hijo(s)	50% del beneficio cubierto del empleado

Beneficios por enfermedades graves: autoinmunitarias

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Enfermedad de Addison (insuficiencia suprarrenal) Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica enfermedad de Addison (insuficiencia suprarrenal). No incluye la insuficiencia suprarrenal causada por un tratamiento prolongado con corticoesteroides.	25%
Lupus Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica lupus.	25%
Esclerosis múltiple (MS) Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica esclerosis múltiple.	25%
Miastenia grave Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica miastenia grave.	25%
Distrofia muscular Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica distrofia muscular.	25%

Beneficios por enfermedades graves: enfermedades infantiles

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Atresia anal Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican atresia anal después del nacimiento.	100%
Enfermedad de Andersen Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican enfermedad de Andersen después del nacimiento y el diagnóstico se confirma mediante una prueba genética o de enzimas.	100%
Anencefalia Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican anencefalia después del nacimiento.	100%
Atresia biliar Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican atresia biliar después del nacimiento.	100%
Enfermedad de Canavan Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican enfermedad de Canavan después del nacimiento.	100%
Parálisis cerebral Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica parálisis cerebral. Otras afecciones similares que pueden superarse con la edad, no están incluidas en esta definición.	100%
Labio leporino o paladar hendido Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica labio leporino o paladar hendido.	100%
Defecto cardíaco congénito Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica un defecto cardíaco congénito. "Defecto cardíaco congénito" significa un problema en la estructura del corazón. Incluye un defecto en las paredes de este órgano, sus válvulas o los vasos sanguíneos de gran tamaño que llevan sangre hacia y desde el corazón.	100%
Fibrosis quística Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica fibrosis quística. El diagnóstico debe confirmarse con concentraciones de cloruro en sudor mayores a 60 mmol/L..	100%
Hernia diafragmática Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican una hernia diafragmática después de su nacimiento con vida.	100%
Síndrome de Down Paga un beneficio cuando le diagnostican síndrome de Down en un primer momento después del nacimiento y según el estudio médico del cromosoma 21 que revela trisomía 21, translocación o mosaicismo.	100%

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Síndrome de Ehlers-Danlos	
Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican síndrome de Ehlers-Danlos (EDS) después del nacimiento.	100%
Síndrome del cromosoma X frágil	
Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican síndrome del cromosoma X frágil (FXS) después del nacimiento.	100%
Gastrosquisis	
Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican gastrosquisis después del nacimiento.	100%
Enfermedad de Gaucher (niveles II y III)	
Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican enfermedad de Gaucher (con un nivel de gravedad 1, 2 o 3) después del nacimiento y el diagnóstico se confirma mediante un análisis de sangre donde se revisa la beta-glucosidasa en leucocitos (BGL).	100%
Aciduria glutárica	
Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican aciduria glutárica de tipo 1, 2 o 3 después del nacimiento.	100%
Deficiencia de la proteína activadora de la hexosaminidasa	
Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican deficiencia de la proteína activadora de la hexosaminidasa después del nacimiento.	100%
Enfermedad de Hirschsprung	
Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican enfermedad de Hirschsprung después del nacimiento.	100%
Enfermedad de Tay-Sachs infantil	
Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican enfermedad de Tay-Sachs infantil entre el nacimiento y los doce meses de edad y el diagnóstico se confirma mediante un análisis de sangre donde se revisan los niveles de hexosaminidasa A.	100%
Parálisis espástica ascendente de inicio en la infancia	
Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican parálisis espástica ascendente de inicio en la infancia después del nacimiento.	100%
Esclerosis lateral primaria juvenil	
Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican esclerosis lateral primaria juvenil después del nacimiento.	100%
Síndrome de Lesch-Nyham	
Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican síndrome de Lesch-Nyham después del nacimiento.	100%

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Mucopolisacaridosis (MPS)	
Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican estos tipos de MPS después del nacimiento:	
- Hurler	100%
- Hunter	
- Sanfilippo A, B, C y D	
- Morquio A, B y C	
- Maroteaux-Lamy	
Enfermedad de Niemann-Pick (NPD)	
Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican NPD después del nacimiento y el diagnóstico se confirma mediante una prueba genética o de sangre.	100%
Onfalocele	
Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican onfalocele después del nacimiento.	100%
Osteogénesis imperfecta	
Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican osteogénesis imperfecta (tipos 1-8) después del nacimiento y el diagnóstico se confirma mediante una radiografía, una absorciometría con rayos X de doble energía (DXA o DEXA), una prueba de laboratorio o una biopsia ósea.	100%
Fenilcetonuria (PKU)	
Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican PKU después del nacimiento y el diagnóstico se confirma mediante exámenes.	100%
Enfermedad de Pompe	
Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican enfermedad de Pompe después del nacimiento y el diagnóstico se confirma mediante una prueba genética o de enzimas.	100%
Estenosis pilórica	
Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican estenosis pilórica después del nacimiento.	100%
Enfermedad de Sandhoff	
Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican enfermedad de Sandhoff después del nacimiento.	100%
Anemia de células falciformes	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica anemia de células falciformes.	100%

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Espina bífida Paga un beneficio cuando un médico especialista le diagnostica espina bífida que debe estar asociada a síntomas neurológicos, incluido el deterioro motor. La espina bífida no incluye espina bífida oculta.	100%
Atrofia muscular espinal Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican atrofia muscular espinal (tipos 0-3) después del nacimiento y el diagnóstico se confirma mediante pruebas de laboratorio e imágenes.	100%
Síndrome de Zellweger Se paga el beneficio cuando a su hijo dependiente cubierto le diagnostican síndrome de Zellweger después del nacimiento y el diagnóstico se confirma mediante pruebas genéticas.	100%
<i>Máximo por año del plan</i>	<i>no máximo</i>

Beneficios por enfermedades graves: enfermedades crónicas

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Diabetes	
Tipo I Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica diabetes de tipo I. Esta enfermedad se debe a que el páncreas produce poca o nada de insulina.	100%
Colangitis esclerosante primaria (PSC) Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica colangitis esclerosante primaria (PSC), también conocida como "enfermedad de Walter Payton".	25%
Esclerosis sistémica (esclerodermia) Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica esclerosis sistémica (esclerodermia).	25%

Beneficios por enfermedades graves: enfermedades infecciosas

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Cólera Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica cólera.	25%
Coronavirus Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica coronavirus. Los coronavirus (CoV) son una gran familia de virus que causan enfermedades en personas. Estos incluyen los siguientes: • El CoV o SARS-CoV-1 es el coronavirus que causa el síndrome respiratorio agudo grave (SARS). • El SARS-CoV-2 es el coronavirus que causa la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19). • El MERS-CoV es el coronavirus que causa el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS). El síndrome inflamatorio multisistémico infantil (MIS-C) y el síndrome inflamatorio multisistémico en adultos (MIS-A) están asociados con la cepa de coronavirus que provoca la COVID-19. Debe permanecer en un hospital, una unidad de rehabilitación o un centro de enfermería especializada durante al menos 5 días consecutivos.	25%
Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (CJD). La CJD consiste en un trastorno cerebral degenerativo causado por una proteína infecciosa anormal del cerebro llamada "prion". Debe permanecer en un hospital, una unidad de rehabilitación o un centro de enfermería especializada durante al menos 5 días consecutivos.	25%
Difteria Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica difteria.	25%
Ébola Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica ébola. El Ébola es un virus que causa hemorragia fuerte e insuficiencia orgánica, y puede provocar la muerte. Debe permanecer en un hospital, una unidad de rehabilitación o un centro de enfermería especializada durante al menos 5 días consecutivos.	25%
Encefalitis Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica encefalitis. No incluye la encefalitis resultante de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) u otras infecciones secundarias resultantes de la infección por VIH.	25%
Hepatitis ocupacional Paga un beneficio cuando se le diagnostica hepatitis ocupacional B, C o D como resultado de la exposición accidental a fluidos corporales contaminados.	100%

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se entiende por VIH la presencia de VIH o anticuerpos contra el VIH. Las causas incluyen un pinchazo accidental con una aguja o una herida punzocortante, o la exposición de las membranas mucosas a sangre o a secreciones corporales con sangre.	100%
Enfermedad del legionario	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica enfermedad del legionario.	25%
Enfermedad de Lyme	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica enfermedad de Lyme. La enfermedad de Lyme se debe a una infección por la bacteria <i>Borrelia burgdorferi</i> .	25%
Malaria	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica malaria.	25%
Meningitis amebiana, bacteriana, fúngica, parasitaria y vírica	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica meningitis bacteriana.	25%
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la meticilina (SARM)	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la meticilina (SARM). Se entiende por SARM un tipo de bacteria resistente a los antibióticos.	25%
Fascitis necrotizante	
Paga un beneficio cuando le diagnostican fascitis necrosante, comúnmente conocida como enfermedad carnívora o síndrome de bacterias que comen carne, y requiere un procedimiento quirúrgico realizado por un médico.	25%
Osteomielitis	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica osteomielitis.	25%
Neumonía	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica neumonía. Debe permanecer en un hospital, una unidad de rehabilitación o un centro de enfermería especializada durante al menos 5 días consecutivos.	25%
Poliomielitis	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica poliomielitis causada por poliovirus de tipo 1, 2 o 3. Se caracteriza por fiebre, parálisis y atrofia de los músculos esqueléticos.	25%
Rabia	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica rabia.	25%
Fiebre maculosa de las Montañas Rocosas (RMSF)	
Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica fiebre maculosa de las Montañas Rocosas (RMSF).	25%

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
--------------------	---

Choque séptico o septicemia grave

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica choque séptico o septicemia grave. Se entiende por choque séptico septicemia grave y presión sanguínea baja continua después de recibir tratamiento con líquidos y de administrar medicamentos vasoactivos con receta. "Septicemia grave" significa que tiene septicemia más una disfunción orgánica asociada con ella. Debe permanecer en un hospital, una unidad de rehabilitación o un centro de enfermería especializada durante al menos 5 días consecutivos.

25%

Tétano

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica tétano.

25%

Tuberculosis (TB)

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica tuberculosis (TB).

25%

Tularemia

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica tularemia. La tularemia, a veces llamada "fiebre de los conejos", es una enfermedad infecciosa que suele atacar la piel, los ojos, los ganglios linfáticos y los pulmones.

25%

Fiebre tifoidea

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica fiebre tifoidea.

25%

Variante del virus de la influenza (gripe porcina en los seres humanos)

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica una variante del virus de la influenza.

25%

Máximo de diagnósticos de enfermedades infecciosas por año del plan 1

Nota: Los beneficios por las siguientes enfermedades infecciosas exigen una internación de por lo menos cinco días: Coronavirus, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, ébola, neumonía, choque séptico o septicemia grave, variante del virus de la influenza (gripe porcina en los seres humanos).

Beneficios por enfermedades graves: neurológicas (cerebrales)

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Demencia avanzada Se paga el beneficio cuando le diagnostican demencia avanzada, la cual se manifiesta por deterioro de la memoria y otros trastornos cognitivos. No incluye la enfermedad de Alzheimer, esquizofrenia ni psicosis, tampoco enfermedad de Parkinson en ninguna de sus formas, ni ningún tipo de demencia reversible, como las causadas por alteraciones hormonales o de la glándula tiroides o por falta de vitaminas.	25%
Esclerosis lateral amiotrófica avanzada (ALS) Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica esclerosis lateral amiotrófica avanzada (ALS), también conocida como “enfermedad de Lou Gehrig”. La ALS no incluye otras enfermedades de las motoneuronas. Usted debe ser incapaz de realizar tres o más actividades de la vida diaria o debe necesitar una sonda de alimentación o ventilación no invasiva.	100%
Enfermedad de Alzheimer Se paga el beneficio cuando un psiquiatra o un neurólogo le diagnostica la enfermedad de Alzheimer. Usted debe ser incapaz de realizar tres o más actividades de la vida diaria de manera independiente.	100%
Tumor benigno del cerebro o de la médula espinal Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica un tumor benigno del cerebro.	100%
Coma (no inducido) Se paga el beneficio cuando se le diagnostica coma, que se caracteriza por la ausencia de apertura ocular y de respuestas verbal y motora. Además, el individuo requiere intubación para asistencia respiratoria. No se cubre el coma inducido médicamente. El coma debe durar 14 días consecutivos o más.	100%
Enfermedad de Huntington Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica enfermedad de Huntington, en función de pruebas genéticas verificables y síntomas documentados.	100%
Enfermedad de Parkinson Se paga el beneficio cuando un médico capacitado en el diagnóstico de la enfermedad le diagnostica enfermedad de Parkinson. La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo progresivo y crónico caracterizado por dos o más síntomas.	100%
Estado vegetativo persistente (PVS) Se paga el beneficio cuando se le diagnostica estado vegetativo persistente (PVS). El PVS consiste en un estado profundo de inconsciencia caracterizado por la ausencia de conciencia de sí mismo o del entorno, y la falta de respuesta intencionada a los estímulos externos.	100%
Aneurisma roto Se paga el beneficio cuando el diagnóstico de un médico confirma que se rompió un aneurisma.	50%

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Derrame cerebral Se paga el beneficio cuando se le diagnostica un derrame cerebral que produce deterioro neurológico permanente y parálisis u otro defecto neurológico objetivo y mensurable de más de 24 horas de duración.	100%
Ataque isquémico transitorio (TIA) Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica ataque isquémico transitorio (AIT). El TIA no incluye un derrame cerebral. <i>Máximo por año del plan</i>	25% 1

Beneficios por enfermedades graves: Otras

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Anemia aplásica Se paga el beneficio cuando le diagnostican anemia aplásica adquirida o hereditaria y el diagnóstico se confirma mediante una biopsia de médula ósea o perfiles químicos de la sangre, evaluación de las funciones hepática y renal, y estudios genéticos.	25%
Trasplante de médula ósea (Incluido autólogo) Nosotros pagaremos el beneficio de trasplante de médula ósea que se muestra en el Programa de Beneficios cuando un médico determine que el trasplante es necesario o se recomendaría si la persona asegurada está lo suficientemente bien como para someterse a la cirugía. <i>Máximas Donaciones</i>	100% 1
Insuficiencia renal terminal Se paga el beneficio cuando se le diagnostica insuficiencia renal terminal, y la persona asegurada debe someterse a hemodiálisis o diálisis peritoneal con regularidad, al menos una vez por semana. O bien, cuando el médico determina que es necesario reemplazar todo el órgano, y a usted se lo coloca en una lista nacional de trasplantes, como la UNOS (Red Unida para Compartir Órganos).	100%
Hemofilia Paga un beneficio cuando un médico le diagnostica hemofilia.	100%

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Fibrosis pulmonar idiopática	
Se paga el beneficio cuando le diagnostican fibrosis pulmonar idiopática y el diagnóstico se confirma con una biopsia de pulmón. No incluye neumonía intersticial, sarcoidosis ni silicosis.	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%
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.	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%
Insuficiencia de los órganos principales (corazón, hígado, uno o ambos pulmones, o páncreas)	
Se paga el beneficio cuando se le diagnostica insuficiencia de los órganos principales, como el hígado, los pulmones o el páncreas. Debido a esto, se incluye a la persona asegurada en la lista de trasplantes de la UNOS (Red Unida para Compartir Órganos).	100%
Parálisis	
Se paga el beneficio cuando se le diagnostica cualquiera de los siguientes tipos de parálisis, y el médico confirma que la parálisis duró 60 días consecutivos.	
Cuadriplejia	100%
Triplejia	100%
Paraplejia	100%
Hemiplejia	100%
Diplejia	100%
Monoplejia	100%
Sarcoidosis	
Se paga el beneficio cuando le diagnostican sarcoidosis y, como resultado directo del diagnóstico, debe internarse en un hospital durante, como mínimo, 5 días consecutivos.	25%
Quemaduras de tercer grado	
Se paga el 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%

Nota: Para el beneficio por sarcoidosis se requiere una internación de, al menos, 5 días.

Beneficios por enfermedades graves: vasculares (cardíacas)

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Afección de las arterias coronarias que requiere cirugía de baipás Se paga el beneficio cuando se le diagnostica una afección de las arterias coronarias que requiere cirugía de baipás.	100%
Ataque al corazón (infarto de miocardio) Se paga el beneficio cuando se le diagnostica un ataque al corazón (infarto de miocardio), que causa la muerte de una parte del músculo cardíaco (miocardio) debido a un bloqueo de una o más arterias coronarias.	100%
Arritmia cardíaca Se paga el beneficio cuando le diagnostican arritmia cardíaca a través de un electrocardiograma y su médico recomienda que se someta a una cirugía para colocarle un marcapasos interno o un desfibrilador cardioversor interno o implantable (ICD), o recomienda terapia de resincronización cardíaca (CRT).	25%
Paro cardíaco súbito Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica paro cardíaco súbito. El médico certifica que el corazón no bombea sangre con normalidad debido a un paro cardíaco súbito. El paro cardíaco súbito no incluye el ataque al corazón. El beneficio por paro cardíaco súbito no se paga si este es consecuencia directa o indirecta de un ataque al corazón.	25%
<i>Diagnóstico máximo de paro cardíaco súbito</i>	<i>No máximo</i>

Características de los beneficios por enfermedades graves

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Diagnóstico posterior de enfermedad grave Se paga el monto original por el diagnóstico posterior de otra enfermedad grave cubierta si se realiza después de la fecha del diagnóstico anterior por el cual se pagó un beneficio.	100%
Diagnóstico de enfermedad grave recurrente Si una persona asegurada recibió un diagnóstico inicial y un beneficio por enfermedad grave en virtud de este plan, y se le vuelve a diagnosticar esa enfermedad grave dentro del número mínimo de días especificado a continuación o después, pagaremos el porcentaje indicado del beneficio como figura en la <i>Lista de beneficios</i> por enfermedad grave recurrente diagnosticada.	100%
<i>Mínimo de días entre dos diagnósticos de la misma enfermedad.</i> <i>No se paga ningún beneficio si la recurrencia se produce dentro de un período inferior al número de días especificado.</i>	90 días

Beneficio de cáncer

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
--------------------	---

Cáncer (invasivo)

Se paga el beneficio cuando se le diagnostica cáncer (invasivo) que se identifica por la presencia de células malignas o de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la diseminación incontrolados y anormales de células malignas invasivas.	100%
--	------

Carcinoma *in situ* (no invasivo)

Se paga el beneficio cuando se le diagnostica un carcinoma <i>in situ</i> que se encuentra en el lugar natural o normal. Está confinado al lugar de origen, sin haber invadido el tejido vecino. A los efectos de este <i>Certificado</i> , el cáncer de piel no se considera carcinoma <i>in situ</i> .	25%
--	-----

Cáncer de piel

Se paga el beneficio cuando se le diagnostica cáncer de piel (melanoma de nivel I o II de Clark y Breslow inferior a 0.75 mm); carcinoma de células basales o carcinoma de células escamosas de la piel. Con el beneficio por cáncer de piel, se brinda cobertura para tratar el melanoma maligno invasivo en la dermis o en capas más profundas, o para tratar neoplasias malignas de la piel metastásicas.	\$1,000
--	---------

Diagnóstico máximo

Una vez por vida

Diagnóstico de cáncer (invasivo) recurrente

Si una persona asegurada recibió un diagnóstico inicial y un beneficio por cáncer (invasivo) en virtud de este plan, y luego se le vuelve a diagnosticar cualquier tipo de cáncer (invasivo) dentro del número mínimo de días especificado a continuación o después, pagaremos el porcentaje indicado del beneficio por cáncer (invasivo) como figura en la <i>Lista de beneficios</i> por cáncer (invasivo) diagnosticado.	100%
---	------

*Mínimo de días entre dos diagnósticos de cáncer (invasivo)***

<i>No se paga ningún beneficio si la recurrencia se produce dentro de un período inferior al número de días especificado.</i>	90 días
---	---------

Diagnóstico de carcinoma *in situ* recurrente

Si una persona asegurada recibió un diagnóstico inicial y un beneficio por carcinoma <i>in situ</i> (no invasivo) en virtud de este plan, y luego se le vuelve a diagnosticar cualquier tipo de carcinoma <i>in situ</i> (no invasivo) dentro del número mínimo de días especificado a continuación o después, pagaremos el porcentaje indicado del beneficio por carcinoma <i>in situ</i> (no invasivo) como figura en la <i>Lista de beneficios</i> por carcinoma <i>in situ</i> (no invasivo) diagnosticado.	100%
---	------

*Mínimo de días entre dos diagnósticos de carcinoma *in situ****

<i>No se paga ningún beneficio si la recurrencia se produce dentro de un período inferior al número de días especificado.</i>	90 días
---	---------

* Si a un miembro se le diagnosticó cáncer antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura en virtud del plan de Aetna y recibe otro diagnóstico de cáncer (la primera vez) mientras tiene dicha cobertura, consideraremos el diagnóstico como "inicial" conforme al plan de Aetna.

** Además del período de separación, la persona asegurada no debe estar recibiendo tratamiento durante este período. El tratamiento no incluye terapia con medicamentos de mantenimiento ni visitas de seguimiento habituales a un médico para confirmar que no haya reaparición del cáncer o carcinoma *in situ* iniciales.

Cláusulas adicionales sobre exámenes de salud

Beneficio cubierto	Monto del beneficio
Examen de salud	\$50
<i>Se paga una vez por miembro por año del plan para pruebas preventivas cubiertas.</i>	
<i>Máximo por año del plan</i>	<i>1</i>

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
- Resonancia magnética (MRI) de seno
- Ultrasonido de seno
- Análisis de sangre de antígeno 125 (CA 125) para detectar cáncer de ovario
- Ultrasonido de carótida con Doppler
- Radiografía de tórax (CXR)
- 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)
- Pruebas para detectar enfermedades infecciosas
- 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 para infecciones de transmisión sexual (STI)
- 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 de cobertura y es parte del beneficio por exámenes de salud.

Exención de prima

Beneficio cubierto	Monto del beneficio
Si, debido a su enfermedad grave cubierta, pierde 30 días continuos de trabajo, lo eximiremos de pagar la prima a partir de la primera fecha de vencimiento de la prima que ocurra después del trigésimo día de su ausencia, y esta exención se extenderá durante los siguientes 6 meses de cobertura. Durante esa ausencia, usted debe continuar siendo empleado del titular de la póliza. La exención de prima no es para los dependientes cubiertos.	Incluido

Exclusiones y limitaciones de planes de seguro por enfermedades graves

Este plan tiene exclusiones y limitaciones. Consulte el folleto-certificado y la *Lista de beneficios* para determinar qué servicios están cubiertos y en qué medida. 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 diagnóstico relacionado con lo siguiente:

1. Acto bélico, motín, guerra.
2. El cuidado que brindan los familiares directos o cualquier miembro del grupo familiar.
3. Suicidio o intento de suicidio, autoinducirse heridas intencionalmente o intentar hacerlo, o cualquier tipo de asfixia intencional, excepto cuando deriva de una enfermedad diagnosticada.
4. Acciones bajo los efectos de estimulantes (como anfetaminas), sedantes, alucinógenos, narcóticos o cualquier otro estupefaciente, según lo definen y establecen las leyes del estado donde tuvo lugar la pérdida o la causa de esta, incluidos aquellos recetados por un médico y que no se consumen de acuerdo con las indicaciones, excepto cuando derive de un trastorno diagnosticado.

La fecha de diagnóstico de enfermedad grave debe ser igual o posterior a la fecha de entrada en vigor del *Certificado* y coincidir con la vigencia de la cobertura. El diagnóstico debe darse o recibirse en los Estados Unidos o sus territorios.

Portabilidad

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

Preguntas frecuentes sobre 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.

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.

Para que los beneficios sean pagaderos, la fecha de diagnóstico debe coincidir con la vigencia de la cobertura de la persona asegurada. Es decir, usted debe recibir el diagnóstico mientras esté vigente la cobertura.

Revise las guías del comprador sobre el 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.

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. R-96843, GR-96844.



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](tel:1-800-872-3862) (TTY: [711](tel: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](tel:1-800-648-7817), TTY: [711](tel: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](tel:1-800-368-1019), [1-800-537-7697](tel: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)

