



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).

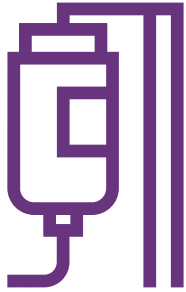
[Aetna.com](https://www.aetna.com)

57.03.508.2 (02/21)



¿Lo sabía?

Cada 40 segundos, una persona en los Estados Unidos tiene un ataque cardíaco¹. La internación en caso de ataque cardíaco cuesta, en promedio, **\$20,246**².



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.



¹ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. "Heart attack". 18 de agosto de 2017. Disponible en [cdc.gov/heartdisease/heart_attack.htm](https://www.cdc.gov/heartdisease/heart_attack.htm). Consultado el 8 de mayo de 2018.

² Michaels, M. "The 35 most expensive reasons you might have to visit a hospital in the US — and how much it costs if you do". Business Insider. 1.º de marzo de 2018. Disponible en [businessinsider.com/most-expensive-health-conditions-hospital-costs-2018-2](https://www.businessinsider.com/most-expensive-health-conditions-hospital-costs-2018-2). Consultado el 26 de abril de 2018.

* 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

Sherman Independent School District
802906

Plan básico de Enfermedad crítica 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.

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 \$20,000 \$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
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%

Beneficios por enfermedades graves: enfermedades crónicas

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

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: <ul style="list-style-type: none">• 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.	100%
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.	25%

Beneficio cubierto**Porcentaje del valor nominal/
Monto del beneficio del empleado****Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)**

25%

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.

Enfermedad del legionario

25%

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica enfermedad del legionario.

Enfermedad de Lyme

25%

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica enfermedad de Lyme. La enfermedad de Lyme se debe a una infección por la bacteria *Borrelia burgdorferi*.

Malaria

25%

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica malaria.

Meningitis amebiana, bacteriana, fúngica, parasitaria y vírica

25%

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica meningitis bacteriana.

***Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM)**

25%

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM). Se entiende por SARM un tipo de bacteria resistente a los antibióticos.

Fascitis necrotizante

25%

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.

Osteomielitis

25%

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica osteomielitis.

Neumonía

25%

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.

Poliomielitis

25%

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica poliomiélitis causada por poliovirus de tipo 1, 2 o 3. Se caracteriza por fiebre, parálisis y atrofia de los músculos esqueléticos.

Rabia

25%

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica rabia.

Fiebre maculosa de las Montañas Rocosas (RMSF)

25%

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica fiebre maculosa de las Montañas Rocosas (RMSF).

Beneficio cubierto**Porcentaje del valor nominal/
Monto del beneficio del empleado****Choque séptico o septicemia grave**

25%

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.

Tétano

25%

Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica tétano.

Tuberculosis (TB)

25%

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

Tularemia

25%

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.

Fiebre tifoidea

25%

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

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

25%

Máximo de diagnósticos de enfermedades infecciosas por año del plan

2

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, tularemia y 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
--------------------	---

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.	25%
---	-----

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.	25%
--	-----

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 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.	25%
---	-----

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%
---	------

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.	25%
--	-----

Máximo por año del plan	1
-------------------------	---

Beneficios por enfermedades graves: Otras

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
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%
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%
Distrofia muscular Se paga el beneficio cuando un médico le diagnostica distrofia muscular.	25%
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	75%
Paraplejia	50%
Hemiplejia	50%
Diplejia	50%
Monoplejia	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%

Beneficios por enfermedades graves: vasculares (cardíacas)

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
<p>Enfermedad de las arterias coronarias que requiere angioplastia</p> <p>Se paga el beneficio cuando se le diagnostica una enfermedad de las arterias coronarias que requiere angioplastia y el médico le ha recomendado a la persona asegurada que se someta a una angioplastia con balón, una angioplastia transluminal percutánea o una angioplastia coronaria transluminal percutánea. Se excluyen las técnicas quirúrgicas o no quirúrgicas, como el alivio con terapia láser o cualquier otro procedimiento intraarterial.</p>	25%
<p>Ataque al corazón (infarto de miocardio)</p> <p>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.</p>	100%
<p>Paro cardíaco súbito</p> <p>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.</p>	25%
<p><i>Diagnóstico máximo de paro cardíaco súbito</i></p>	<i>1 vez por vida</i>

Características de los beneficios por enfermedades graves

Beneficio cubierto	Porcentaje del valor nominal/ Monto del beneficio del empleado
Diagnóstico posterior de enfermedad grave	100%
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. Pero desde la fecha de diagnóstico anterior debe haber transcurrido el número de días que se especifica a continuación.	
<i>Mínimo de días entre dos diagnósticos de enfermedades diferentes*</i>	30 días
<i>No se paga ningún beneficio si el diagnóstico posterior se realiza dentro de un período inferior al número de días especificado.</i>	
Diagnóstico de enfermedad grave recurrente	100%
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.	
<i>Mínimo de días entre dos diagnósticos de la misma enfermedad.</i>	180 días
<i>No se paga ningún beneficio si la recurrencia se produce dentro de un período inferior al número de días especificado.</i>	

* Se exige al miembro del período de separación si el diagnóstico posterior corresponde a una categoría de beneficios diferente. La categoría puede ser beneficios por cáncer o beneficios no relacionados con el cáncer.

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 *in situ* 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 *Certificado*, el cáncer de piel no se considera carcinoma *in situ*.

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 *Lista de beneficios por cáncer (invasivo)* diagnosticado.

100%

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

No se paga ningún beneficio si la recurrencia se produce dentro de un período inferior al número de días especificado.

180 días

Diagnóstico de carcinoma *in situ* recurrente

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

100%

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

No se paga ningún beneficio si la recurrencia se produce dentro de un período inferior al número de días especificado.

180 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* <i>Máximo por año del plan</i>	\$100 1

* 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. Agresión, delito grave, ocupación ilegal u otro acto delictivo.
3. El cuidado que brindan los familiares directos o cualquier miembro del grupo familiar.
4. Suicidio o intento de suicidio, autoinducirse heridas intencionalmente o intentar hacerlo, o cualquier tipo de asfixia intencional, excepto cuando deriva de una enfermedad diagnosticada.
5. 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

¿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.

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.



Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna ofrece recursos o servicios gratuitos a las personas con discapacidades y para las personas que necesitan ayuda en el idioma. Si usted necesita un intérprete calificado, información por escrito en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 1-888-772-9682.

Si considera que Aetna ha fracasado en proporcionar estos servicios o, de otra manera, discriminado en base a una clase protegida como se ha indicado anteriormente, también puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles poniéndose en contacto con:

Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512

1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379, CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

TTY: 711

For language assistance in your language call 1-888-772-9682 at no cost. (English)

Para obtener asistencia lingüística en su idioma, llame sin cargo al 1-888-772-9682. (Spanish)

欲取得以您的語言提供的語言協助，請撥打1-888-772-9682，無需付費。(Chinese)

Pour une assistance linguistique dans votre langue, appeler le 1-888-772-9682 sans frais. (French)

Para sa tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-888-772-9682 nang walang bayad. (Tagalog)

Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache erhalten Sie kostenlos unter der Nummer 1-888-772-9682. (German)

للمساعدة اللغوية بلغتك الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-888-772-9682. (Arabic)

Pou jwenn asistans nan lang pa w, rele nimewo 1-888-772-9682 gratis. (French Creole)

Per ricevere assistenza nella sua lingua, può chiamare gratuitamente il numero 1-888-772-9682. (Italian)

日本語で援助をご希望の方は 1-888-772-9682 (フリーダイヤル) までお電話ください。(Japanese)

본인의 언어로 통역 서비스를 받고 싶으시면 비용 부담 없이 1-888-772-9682번으로 전화해 주십시오. (Korean)

برای راهنمایی به زبان شما با شماره 1-888-772-9682 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. (Persian)

Aby uzyskać pomoc w swoim języku, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-888-772-9682. (Polish)

Para obter assistência no seu idioma, ligue gratuitamente para o 1-888-772-9682. (Portuguese)

Чтобы получить помощь с переводом на ваш язык, позвоните по бесплатному номеру 1-888-772-9682. (Russian)

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng ngôn ngữ của bạn, hãy gọi miễn phí đến số 1-888-772-9682. (Vietnamese)
