



# Menos estrés

## Plan de indemnización hospitalaria de Aetna

### Esté preparado para lo que vendrá

Quizá usted anticipa que pasará una internación... o quizá no. De cualquier manera, puede prepararse para contar con una protección financiera adicional.

### ¿Qué es el plan de indemnización hospitalaria?

Con este plan, se pagan beneficios cuando hay una internación planeada o imprevista debido a una enfermedad, lesión, cirugía o parto. Se paga un beneficio en una suma única por el ingreso y un beneficio diario por la internación cubierta en el hospital. 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 internación en el hospital.

Con el plan de indemnización hospitalaria 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.

**El plan de indemnización hospitalaria de Aetna está asegurado por Aetna Life Insurance Company (Aetna).**

[Aetna.com](http://Aetna.com)

57.03.509.2 (02/21)

### ¿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.

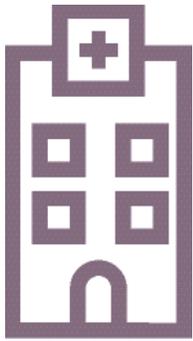
### Fácil de usar

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



## Es algo que sucede...

En 2016, **más de 35 millones** de estadounidenses fueron hospitalizados<sup>1</sup>. La internación promedio en los Estados Unidos cuesta **\$10,700**<sup>2</sup>.



### Preparado... o no

Carter\* trabaja mucho, por lo que no siempre baja el ritmo para prestar atención a las señales del cuerpo. Sin darse cuenta, un poco de tos se convirtió en neumonía, y terminó internado.

Afortunadamente, contaba con el plan de indemnización hospitalaria de Aetna. Presentó su reclamo, y le depositaron el dinero por los beneficios directamente en su cuenta bancaria.

Ese dinero lo ayudó a compensar el tiempo que no trabajó durante su recuperación y a pagar parte de su deducible. Ahora puede enfocarse más en su salud.

## 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.



<sup>1</sup> Asociación Americana de Hospitales. "Fast facts on U.S. hospitals, 2018". Febrero de 2018. Disponible en [aha.org/research/rc/stat-studies/fastfacts.shtml](http://aha.org/research/rc/stat-studies/fastfacts.shtml). Consultado el 25 de abril de 2018.

<sup>2</sup> 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-hospitalcosts-2018-2](http://businessinsider.com/most-expensive-health-conditions-hospitalcosts-2018-2). Consultado el 25 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.**

El plan de indemnización hospitalaria de Aetna es un plan de indemnización por internación en el hospital. 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 Misuri y Oklahoma incluyen las siguientes:** GR-96172 01, AL VOL HPOL-Hosp 01 y AL VOL HCOC-Hosp 01.

# Resumen de Beneficios

IAMAW District Lodge 19 and all other Railroads Unions  
Represented by EBS

803028

## Indemnización hospitalaria de Aetna

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

Aquí hay un ejemplo de cómo el plan puede ayudarlo:



Tiene un evento inesperado y debe ir al hospital.

Es internado en el hospital y pasa dos días allí.

Usted presenta su reclamo de hospital a Aetna.

Aetna paga los beneficios directamente a usted. .

A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios y limitaciones son por cada persona cubierta.

**El Plan de Indemnización hospitalaria de Aetna es un plan de indemnización por confinamiento en el hospital con otros beneficios de indemnización fijos. 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.**

ESTO NO ES UN PLAN SUPLEMENTARIO DE MEDICARE (MEDIGAP). Si es o será elegible para recibir Medicare, revise la Guía de Seguro de Salud para Personas con Medicare gratuita disponible en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

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

**Esta póliza, en sí, no cumple con las normas de Cobertura mínima comprobable de Massachusetts.**

<b>Beneficios de paciente hospitalizado</b>	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>
<p><b>Admisión hospitalaria: admisión</b>                      Paga el beneficio de una suma global por el día inicial de su admisión en un centro médico designado por el empleador.                      Máximo de <b>1 admisión</b> hospitalaria por año del plan</p>	\$1,000	\$1,500	\$2,500
<p><b>Estadía hospitalaria: diario</b>                      Paga un beneficio diario a partir del día dos de su estadía en una habitación que no sea de la UCI de un hospital.                      Máximo de <b>30 días</b> por año del plan</p>	\$150	\$200	\$250
<p><b>Estadía hospitalaria: diario (UCI)</b>                      Paga un beneficio diario a partir del día dos de su estadía en una habitación de la UCI de un hospital.                      Máximo de <b>30 días</b> por año del plan</p>	\$300	\$400	\$500
<p><b>Cuidado rutinario del recién nacido</b>                      Paga un beneficio de suma global después del nacimiento de su recién nacido. Esto no pagaría por un nacimiento ambulatorio.</p>	\$100	\$200	\$200
<p><b>Unidad de observación</b>                      Proporciona un beneficio de suma global por el primer día de su estadía en una unidad de observación como resultado de una enfermedad o lesión accidental.                      Máximo de <b>1 día</b> por año del plan</p>	\$100	\$200	\$200
<p><b>Estadía por abuso de sustancias: diario</b>                      Paga un beneficio diario por cada día de una estadía en un centro médico para el tratamiento de abuso de sustancias tóxicas.                      Máximo de <b>30 días</b> por año del plan</p>	\$100	\$150	\$200
<p><b>Estadía por trastorno mental: diario</b>                      Paga un beneficio diario por cada día de una estadía en un centro médico para el tratamiento de trastornos mentales.                      Máximo de <b>30 días</b> por año del plan</p>	\$100	\$150	\$200
<p><b>Estadía en una unidad de rehabilitación: diario</b>                      Paga un beneficio cada día de su estadía en una unidad de rehabilitación inmediatamente después de su estadía hospitalaria debido a una enfermedad o lesión accidental.                      Máximo de <b>30 días</b> por año del plan</p>	\$50	\$75	\$100

**Nota importante:**

**Todas las estadías para pacientes hospitalizados cuentan para el máximo del año del plan.**

## Beneficio de evaluación de salud

### Beneficio de evaluación de salud

\$50

Paga un beneficio de suma global si una persona asegurada recibe algunas de las pruebas de detección médica aprobadas. Se debe incurrir en un gasto por la atención de una persona asegurada debido a pruebas de detección; y el servicio no debe prestarse o recibirse para diagnosticar o tratar una enfermedad identificada o sospechada.

Máximo de 1 evaluación de salud, por año del plan

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

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

## Portabilidad

Si deja de trabajar, y como resultado termina su cobertura bajo la póliza, usted puede optar por continuar con su cobertura permitiendo la disposición de portabilidad en su cobertura. Dicha cobertura estará disponible para usted y cualquiera de sus dependientes cubiertos.

## Renuncia de la prima

Si su estadía en un hospital dura más de 30 días consecutivos, vamos a renunciar a la prima a partir de la primera fecha de vencimiento de la prima que se produce después del día 30 de su estadía, durante los próximos 6 meses de cobertura. Durante esta estadía, usted debe permanecer empleado con el asegurado.

## Exclusiones y limitaciones

Este plan tiene exclusiones y limitaciones. Consulte la póliza actual y el folleto certificado para determinar qué servicios de atención médica están cubiertos y en qué medida. La siguiente, es una lista parcial de servicios y suministros que generalmente no están cubiertos. No obstante, el plan puede contener excepciones a esta lista basadas en mandatos estatales o en el diseño del plan adquirido. No se pagarán beneficios por ningún servicio por una enfermedad o lesión accidental relacionada con lo siguiente:

1. Ciertas actividades competitivas o recreativas, incluyendo, pero sin limitación: montar en globo, salto bungee, paracaidismo, salto libre
2. Cualquier concurso atlético competitivo semi-profesional o profesional, incluyendo oficiar o entrenar, para el cual usted recibe pago
3. Acto de guerra, motín, guerra
4. Dirigiendo, aprendiendo a operar o servir como piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, motorizada o no
5. Asalto, delito, ocupación ilegal u otro acto criminal;
6. Cuidado prestado por un cónyuge, padre o madre, hijo, hermano o cualquier otro integrante del hogar;
7. Servicios estéticos y cirugía plástica con ciertas excepciones;
8. Cuidado de custodia
9. Servicios paliativos, salvo lo dispuesto específicamente en los beneficios bajo la sección de su plan del certificado
10. Daño propio, suicidio, excepto cuando resulte de un trastorno diagnosticado;
11. La violación de cualquier ley de uso del dispositivo celular del estado en el que ocurrió el accidente, mientras se conduce un vehículo de motor
12. Cuidado o servicios recibidos fuera de los Estados Unidos o de sus territorios;
13. Servicios de educación, formación o volver a entrenar o pruebas
14. Lesión accidental sufrida mientras está intoxicado o bajo la influencia de cualquier intoxicante de drogas;
15. Exámenes excepto como se proporcionan específicamente en los Beneficios bajo la sección de su plan del certificado
16. Cuidado y tratamiento dental y de ortodoncia
17. Servicios de planificación familiar
18. Cualquier cuidado, medicamentos bajo receta y medicamentos relacionados con la infertilidad
19. Suplementos nutricionales, incluyendo sin limitaciones: alimentos, fórmulas infantiles, vitaminas
20. Rehabilitación cognitiva ambulatoria, fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla por cualquier motivo
21. Cuidado relacionado con la visión

## Preguntas frecuentes sobre los planes de indemnización hospitalaria

### **¿Tengo que estar activamente en el trabajo para inscribirme en la cobertura?**

Sí, debe estar activamente en el trabajo a fin de inscribirse y para que la cobertura esté en vigor. Usted está activamente en el trabajo si está trabajando, o está disponible para trabajar, y cumple con los criterios establecidos por su empleador para ser elegible para inscribirse.

### **¿Puedo inscribirme en el plan de Indemnización hospitalaria de Aetna aunque tenga una Cuenta de ahorros médica (en inglés. HSA)?**

Sí, aún puede inscribirse en el plan de Indemnización hospitalaria de Aetna si tiene una Cuenta de ahorros médicos.

### **¿Qué se considera una estadía de hospital?**

Una estadía es un período durante el cual usted es admitido como paciente hospitalizado; y está confinado en un hospital, un centro médico residencial no hospitalario, o centro médico de rehabilitación; y se cobra por habitación, comida y servicios generales de enfermería. Una estadía no incluye el tiempo en el hospital debido a necesidades de custodia o personales que no requieren habilidades médicas o capacitación. Una estadía excluye específicamente el tiempo en el hospital para observación o en la sala de emergencias a menos que esto conduzca a una estadía en el hospital.

### **¿Si pierdo mi empleo, ¿me puedo llevar el Plan de Indemnización hospitalaria conmigo?**

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

### **¿Cómo presento un reclamo?**

Ingrese a [myaetnasupplemental.com](http://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 debo hacer en caso de una emergencia?**

En caso de emergencia, llame al 911 o a su línea directa de emergencia local, o vaya directamente a un centro médico de atención de emergencia.

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

Llámenos. Queremos que entienda estos beneficios antes de decidir a inscribirse. Puede comunicarse con uno de nuestros representantes de Servicios al cliente de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., llamando al número sin cargo **1-800-607-3366**. Estamos aquí para responder preguntas antes y después de inscribirse.

## Información importante acerca de sus beneficios

**PARA QUE LOS BENEFICIOS DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA SEAN PAGADEROS, EL DÍA INICIAL DE SU ESTADÍA Y OTROS SERVICIOS DEBEN SER POSTERIORES A LA FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA.**

### 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, por favor llame al Servicios al Miembro a 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 marcar 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**.

#### **Los planes están suscritos por Aetna Life Insurance Company (Aetna).**

Este material es solo para fines informativos y no constituye una oferta ni invitación de contrato. Si bien se cree que la información dada en el presente documento es precisa a la fecha de producción, está sujeta a cambios. Para más información sobre los planes de Aetna, consulte **www.aetna.com**.

**Los formularios de Póliza de Indemnización hospitalaria emitidos en Idaho, Oklahoma y Missouri incluyen:** AL VOL HPOL-Hosp 01 and AL VOL HCOC-Hosp 01.



**Aetna Life Insurance Company**  
151 Farmington Avenue, Hartford, Connecticut 06156

**Resumen de Cobertura**

Formulario de la póliza AL VOL HPOL-Hosp 01, Formulario AL VOL HCOC-Hosp 01

**COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR ADMISIÓN HOSPITALARIA ESTA  
PÓLIZA ESTE BRINDA BENEFICIOS LIMITADOS**

**LOS BENEFICIOS PROPORCIONADOS SON COMPLEMENTARIOS Y NO ESTÁN  
DESTINADOS A CUBRIR TODOS LOS GASTOS MÉDICOS.**

Este Resumen de Cobertura es un resumen de la póliza que debe consultarse para determinar las disposiciones contractuales vigentes.

**Si usted cumple con los requisitos para Medicare: ESTA NO ES UNA PÓLIZA COMPLEMENTARIA DE MEDICARE. Revise la "Guía de seguro médico para personas con Medicare" que ofrecemos.**

Usted puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Idaho en cualquier momento:

Consumer Affairs  
700 W State Street, 3rd Floor  
PO Box 83720  
Boise ID 83720-0043  
1-800-721-3272 o 208-334-4250 o [www.DOI.Idaho.gov](http://www.DOI.Idaho.gov)

1. Lea su Póliza atentamente: Este Resumen de Cobertura proporciona una descripción muy breve de las características importantes de la cobertura. Este no es el contrato de seguros y sólo regirán las disposiciones de la póliza actual. La póliza en sí misma establece en detalle los derechos y las obligaciones de usted y de su compañía de seguros. Por lo tanto, ¡es importante que LEA SU PÓLIZA ATENTAMENTE!
2. La cobertura de indemnización por hospitalización está diseñada para proporcionar cobertura en la forma de un beneficio diario fijo a las personas aseguradas durante los períodos de hospitalización como consecuencia de un accidente o enfermedad asegurados, y está sujeta a toda limitación establecida en la póliza. La cobertura no se proporciona para ningún beneficio que no sea la indemnización diaria fija por la hospitalización y todo beneficio adicional que se describa a continuación.

### 3. Beneficios

<b>Beneficio</b>	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>
<b>Beneficios para pacientes hospitalizados</b>			
Admisión hospitalaria – admisión (día inicial)	\$1,000 para el día inicial de su admisión hospitalaria	\$1,500 para el día inicial de su admisión hospitalaria	\$2,500 para el día inicial de su admisión hospitalaria
Máximo según el año del plan	1 admision	1 admision	1 admision
Admisión hospitalaria – diariamente			
Fuera de la UCI diariamente	\$150 por día, comenzando en el día dos de su admisión hospitalaria	\$200 por día, comenzando en el día dos de su admisión hospitalaria	\$250 por día, comenzando en el día dos de su admisión hospitalaria
UCI diariamente	\$300 por día, comenzando en el día dos de su admisión hospitalaria	\$400 por día, comenzando en el día dos de su admisión hospitalaria	\$500 por día, comenzando en el día dos de su admisión hospitalaria
Número máximo de días por año del plan, días combinados para todas las admisiones hospitalarias	30	30	30
Atención de rutina del recién nacido	\$100 por admisión hospitalaria por recién nacido	\$200 por admisión hospitalaria por recién nacido	\$200 por admisión hospitalaria por recién nacido
Unidad de observación	\$100 por día inicial de observación	\$200 por día inicial de observación	\$200 por día inicial de observación
Máximo número de días por año del plan	1 admisión	1 admisión	1 admisión
Admisión por abuso de sustancias tóxicas – diariamente	\$100 por día	\$150 por día	\$200 por día
Número máximo de días por año del plan, días combinados para todas las admisiones hospitalarias	30	30	30

<b>Beneficio</b>	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>
<b>Beneficios para pacientes hospitalizados</b>			
Admisión por trastornos mentales – diariamente Número máximo de días por año del plan, días combinados para todas las admisiones hospitalarias	\$100 por día 30	\$150 por día 30	\$200 por día 30
Admisión en unidad de rehabilitación – diariamente Número máximo de días por año del plan, días combinados para todas las admisiones hospitalarias	\$50 por día 30	\$75 por día 30	\$100 por día 30

#### 4. Exclusiones

##### **Exclusiones:**

No se pagarán beneficios por admisión hospitalaria u otro servicio por una enfermedad o lesión accidental relacionada con lo siguiente:

##### **Acto de guerra, disturbio, guerra**

- Cualquier acto de guerra, ya sea declarada o no
- Participación voluntaria en un disturbio
- Rebelión o insurrección civil

##### **Aeronave**

Embarcar o desembarcar en cualquier vehículo o dispositivo para la aviación, excepto como pasajero que paga la tarifa en un vuelo comercial o chárter programado periódicamente.

##### **Cirugía estética**

**Cirugía** estética, excepto que la **cirugía** estética no incluirá la **cirugía** reconstructiva cuando el servicio está relacionado con una cirugía que resulte de un traumatismo, infección u otras enfermedades de la parte involucrada, y a la cirugía reconstructiva debido a una enfermedad o anomalía congénita de un niño **dependiente asegurado**.

##### **Cuidado de custodia**

Algunos ejemplos son:

- Atención institucional. Esto incluye alojamiento y comida para curas de reposo, atención para adultos durante el día y atención de pacientes convalecientes.
- Ayuda para caminar, arreglarse, bañarse, vestirse, entrar o salir de la cama, ir al baño, comer o preparar alimentos.
- Todo servicio que una persona sin capacitación médica o paramédica puede realizar o podría ser capacitada para realizar.

## Exámenes

Excepto lo dispuesto específicamente en la sección *Beneficios según su plan*, no se pagarán beneficios para exámenes físicos de rutina.

## Servicios de planificación familiar

- Un aborto optativo. Como se usa aquí, aborto optativo significa un aborto por cualquier motivo que no sea preservar la vida de la mujer a la cual se le realiza el aborto.
- Todo método anticonceptivo, dispositivo, material o procedimiento de esterilización
- La reversión de los procedimientos de esterilización voluntaria, incluido todo seguimiento médico relacionado.

## Delito grave

Participación en un delito grave

## Audición

- exámenes de audición de rutina
- audífonos y exámenes para la receta médica o su adaptación

## Actividades profesionales y competencias

Si se desempeña de manera profesional:

- Todo deporte atlético competitivo, actividad o competencia, que incluyen ser árbitro o entrenador, por el cual recibe un pago
- Saltar con cables elásticos
- Planear o volar sin motor (incluido planeo a vela, ala delta, parapente)
- Realizar paracaidismo o salir de otra manera de una aeronave mientras está en vuelo, excepto para salvar la vida
- Veleo (*parasailing* o *parakiting*)
- Correr carreras con un vehículo impulsado por motor, incluidas las pruebas de velocidad
- Escalar rocas/realizar montañismo con cuerdas y/u otros equipos
- Bucear
- Realizar paracaidismo de caída libre

## Daño a uno mismo, suicidio

Excepto cuando resulte de un trastorno diagnosticado, no se pagarán los beneficios con relación al suicidio o el intento de suicidio, lesiones autoinfligida intencionalmente.

## Vista

Gafas y exámenes para la receta médica o su adaptación

## 5. Información adicional:

- **Renovación:** La póliza es opcionalmente renovable.
- **Cambios de la prima:** Podemos cambiar las tarifas de las primas. Si las tarifas cambian, le daremos por lo menos 31 días de aviso previo por escrito.
- **Portabilidad:** Brindaremos cobertura de portabilidad si
  - Su empleo finaliza y como resultado la cobertura de la póliza finaliza
  - Usted o su dependiente asegurado quedó totalmente incapacitado mientras estaba asegurado por este certificado y la póliza termina

Tal cobertura estará a su disposición y para cualquiera de sus dependientes asegurados.

Usted debe completar el Formulario de Elección de cobertura de portabilidad y enviarnoslo junto con el pago de la primera prima para la cobertura de portabilidad a más tardar 30 días calendario después de que la cobertura bajo la póliza termina. La cobertura de portabilidad entrará en vigor al día siguiente de que terminen los beneficios según esta póliza.

La cobertura de los beneficios, los términos y las condiciones de portabilidad serán los mismos que los establecidos en la póliza en la fecha en que terminó su cobertura. Todo cambio realizado en la póliza después de que usted está asegurado por la portabilidad no le corresponderá a menos que la ley así lo exija.

Las tarifas de las primas iniciales se basarán en las tarifas de las primas en vigencia al momento en que usted solicita la cobertura de portabilidad. Usted también debe pagar toda parte de la prima previamente pagada por el titular de la póliza para la cobertura.

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

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

- La fecha en que finaliza la póliza subyacente, a menos que usted o un dependiente asegurado queden totalmente discapacitados mientras estén asegurados por este certificado.
- La fecha de su muerte
- El final del período de gracia de portabilidad luego de la fecha en que usted no paga la prima requerida
- El final del mes de la fecha o después de la fecha en que usted vuelve a contar con la cobertura de la póliza
- Nosotros cancelamos la fecha de cobertura de esta disposición de portabilidad por cualquier motivo con 31 días de aviso por adelantado
- La fecha en que termina su clase de cobertura
- Con respecto a cualquier dependiente asegurado:
  - La fecha en que termina su cobertura
  - La fecha en que usted y su / pareja doméstica, dejan de ser compañeros domésticos
  - La fecha en que su dependiente asegurado deja de ser un dependiente que cumple con los requisitos según la póliza.

Un dependiente asegurado que es un niño menor de edad cuya cobertura de portabilidad finaliza porque alcanza el límite de edad puede solicitar la cobertura de portabilidad en su propio nombre.

Una vez que finaliza la cobertura de portabilidad, no puede volver a comenzar.



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

### **AVISO PARA LOS RESIDENTES DE NUEVO MÉXICO**

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

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

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

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

1. Comuníquese con su agente o representante de seguros con licencia para averiguar qué cobertura médica principal está disponible.
2. Para saber si cumple con los requisitos para un período de inscripción especial para obtener cobertura médica principal a través del Mercado de Seguros Médicos de Nuevo México, comuníquese con la línea gratuita de beWellnm, al **1-833-862-3935**.
3. Para saber si cumple con los requisitos para recibir cobertura de Medicaid y para completar una solicitud, comuníquese con la línea directa gratuita de ampliación de Medicaid del Departamento de Servicios Humanos, al **1-855-637-6574**, o visite **<https://www.yes.state.nm.us/yesnm/home/index>**.
4. Para saber si cumple con los requisitos para obtener cobertura de un fondo común de alto riesgo, comuníquese con el programa New Mexico Medical Insurance Pool ("High Risk Pool"), al **1-844-728-7896**, o visite **<https://nmmip.org/>**. Si no tiene seguro y le diagnosticaron COVID-19, cumple con los requisitos para obtener cobertura de un fondo común de alto riesgo.

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

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

## 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](mailto: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)

---