

Información de divulgación importante sobre planes individuales basados en HMO en Arizona:

Índice

Ofrecemos planes de salud de calidad.....	2
Características de un plan individual basado en la organización para el mantenimiento de la salud (HMO).....	2
¿Aún no es miembro?	3
Evite facturas inesperadas	3
Obtenga un directorio impreso gratuito	3
Elija un médico de atención primaria (PCP)	3
Obtener aprobación para algunos servicios	3
Sin cobertura debido a sanciones comerciales de los EE. UU.	3
Cobertura para trasplantes y otras afecciones complejas.....	4
¿Qué significa “medicamente necesario”?	4
Boletines de políticas clínicas.....	4
Qué debe hacer si no está de acuerdo con nosotros	4
Puede presentar una apelación	4
Puede ponerse en contacto con una organización de revisión independiente (IRO)	5
Puede obtener una revisión urgente	5
Derechos y responsabilidades del miembro.....	5
Política de no discriminación para pruebas genéticas.....	5
Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA)	5
Período de inscripción especial.....	6
Información importante para Arizona	6

Los planes de salud son ofrecidos por Banner Health y Aetna Health Plan Inc. (Banner|Aetna).

Banner|Aetna es la marca utilizada para los productos y servicios proporcionados por Banner Health y Aetna Health Insurance Company y Banner Health y Aetna Health Plan Inc. Los planes de salud son ofrecidos por Banner Health y Aetna Health Plan Inc (Banner|Aetna). Aetna Life Insurance Company y sus filiales, incluida Banner|Aetna, son parte del grupo de compañías de CVS Health. Banner|Aetna tiene responsabilidad financiera absoluta por sus propios productos.

Aquí encontrará información de divulgación importante sobre nuestros planes. También encontrará contenido requerido que varía según el estado.

Ofrecemos planes de salud de calidad

Siguiendo los estándares de acreditación de los planes de salud del Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA), le ofrecemos planes de salud de calidad. Visite [Aetna.com/document-library/individuals-families-health-insurance/document-library/documents/2019Disclosures/NCQA-MED-Disclosures-FI-SI.pdf](https://www.aetna.com/document-library/individuals-families-health-insurance/document-library/documents/2019Disclosures/NCQA-MED-Disclosures-FI-SI.pdf) para obtener más información sobre cómo cumplimos con la acreditación y los estándares del NCQA. También puede llamarnos al número que figura en su identificación de miembro para solicitar una copia impresa.

Este documento explica cómo hacer lo siguiente:

Comprender su plan de salud

- Beneficios y servicios que se incluyen, y que no se incluyen, en su cobertura
- Beneficio de medicamentos con receta
- Beneficios de salud mental y adicciones
- Atención fuera del horario de atención, atención de urgencia y de emergencia

Obtener información del plan en línea y por teléfono

- Cómo puede comunicarse con nosotros
- Ayuda para las personas que hablan otro idioma y para personas con impedimentos auditivos
- Obtener información sobre cómo presentar una reclamación
- Buscar médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica en nuestra red
- Organizaciones responsables de la salud (ACO)
- Nuestros programas de administración de calidad, incluidos los objetivos y resultados

Este material tiene únicamente fines informativos y no representa una oferta de contrato. Se debe completar una solicitud para obtener cobertura. Las tasas y los beneficios varían según el lugar. Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Banner | Aetna. La participación de los proveedores puede cambiar sin aviso.

Conocer los costos y las normas para usar su plan

- Lo que pagará
- Sus costos cuando sale de la red
- Certificación previa: cómo obtener aprobaciones para servicios
- Estudiamos la última tecnología médica
- Cómo tomamos decisiones de cobertura
- Reclamos, apelaciones y revisiones externas

Comprender sus derechos y responsabilidades

- Derechos y responsabilidades del miembro
- Aviso sobre prácticas de privacidad

Características de un plan individual basado en la organización para el mantenimiento de la salud (HMO)

Si usted es miembro, no toda la información de este documento se aplica a su plan individual basado en HMO específico. La mayoría de la información corresponde a todos los planes, pero parte de ella no. Por ejemplo, algunos planes pueden limitar ciertos servicios, como un examen de la vista por año.

Para algunos planes, usted debe asumir personalmente todos los costos si utiliza atención médica o si compra medicamentos que no estén autorizados por su plan.

También hay información que es posible que solo se aplique a determinados estados. Para asegurarse de qué características del plan se aplican a usted, consulte los documentos del plan Resumen de beneficios y cobertura. ¿No puede encontrarlos? Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para que le envíen por correo los documentos de su plan.

¿Aún no es miembro?

Para obtener ayuda para comprender cómo funciona un plan médico determinado, revise el documento Resumen de beneficios y cobertura del plan.

Evite facturas inesperadas

Para evitar una factura sorpresa, consulte los documentos de su plan para ver qué está cubierto antes de recibir atención médica. Además, asegúrese de recibir atención de un proveedor que forme parte de la red de su plan. Esto tiene sentido por las siguientes razones:

- Hemos negociado tarifas más bajas para usted.
- Los médicos y hospitales de la red no le facturarán por encima de nuestras tarifas negociadas para los servicios cubiertos.
- Usted tiene acceso a atención de calidad de nuestra red nacional.

Para buscar un proveedor de la red, inicie sesión en BannerAetna.com, seleccione "Find a doctor" (Buscar un médico) en la barra de menú superior y comience su búsqueda.

Obtenga un directorio impreso gratuito

Para obtener una lista impresa gratuita de médicos y hospitales, llame al número gratuito que figura en su identificación de miembro. Si aún no es miembro, llame al [1-844-365-7374](tel:1-844-365-7374) (TTY: [711](tel:711)).

Elija un médico de atención primaria (PCP)

La mayoría de los planes basados en HMO requieren que usted seleccione un PCP. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Si se trata de una emergencia, no es necesario que llame primero a su PCP.

Algunos cubren su atención en diferentes niveles dependiendo de si consulta a su PCP elegido o de si acude directamente a un médico autorizado sin ver primero a su PCP. Si usted consulta a un médico autorizado sin visitar primero a su PCP, los costos que paga de su bolsillo serán con frecuencia más altos. Su PCP realiza exámenes físicos, solicita pruebas y exámenes de detección, y lo remitirá a un especialista cuando sea necesario. Si se trata de una emergencia, no es necesario que llame primero a su PCP. Puede cambiar a su PCP en cualquier momento.

Las mujeres que sean miembros pueden elegir un obstetra/ginecólogo como su PCP. Un obstetra/ginecólogo que cumple la función de PCP proporcionará los mismos servicios y seguirá las mismas pautas que cualquier otro PCP. Consulte la documentación de su plan para obtener más detalles.

También puede elegir un pediatra como PCP de su(s) hijo(s). Consulte la documentación de su plan para obtener más detalles.

Obtener aprobación para algunos servicios

Generalmente, pagaremos la atención solo si hemos otorgado una aprobación antes de que usted la reciba. Los documentos de su plan mencionan todos los servicios que requieren que obtenga una aprobación previa.

Primero, verificamos que usted siga siendo miembro. Y nos aseguramos de que el servicio sea médicamente necesario para su afección. También nos aseguramos de que el servicio y el lugar solicitado para obtener el servicio sean rentables. Nuestras decisiones se basan únicamente en la existencia de cobertura y la idoneidad de la atención y el servicio, según directrices reconocidas a nivel nacional. Podemos sugerir un tratamiento o un lugar de servicio diferentes que sean igual de efectivos, pero que cuesten menos. Además, verificamos si usted reúne los requisitos para uno de nuestros programas de administración de atención. Si es así, uno de nuestros enfermeros puede contactarlo. La certificación previa no verifica que haya alcanzado o no los límites en dólares del plan o los máximos de consultas para el servicio solicitado. Entonces, incluso si obtiene la aprobación, es posible que el servicio no esté cubierto.

Sin cobertura debido a sanciones comerciales de los EE. UU.

Si las sanciones comerciales de los EE. UU. lo consideran una "persona bloqueada", el plan no puede proporcionarle beneficios ni cobertura. Si viaja a un país sancionado por los Estados Unidos, el plan, en la mayoría de los casos, no puede proporcionarle beneficios ni cobertura. Además, si su proveedor de atención médica es una persona bloqueada o se encuentra en un país sancionado, no podemos pagar los servicios de ese proveedor. Por ejemplo, si recibe atención mientras viaja a otro país y el proveedor de atención médica es una

persona bloqueada o está en un país sancionado, el plan no puede pagar esos servicios. Para obtener más información, visite [Treasury.gov/resource-center/sanctions/pages/default.aspx](https://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/pages/default.aspx) para leer acerca de las sanciones comerciales de los EE. UU.

Cobertura para trasplantes y otras afecciones complejas

Nuestro programa National Medical Excellence® (NME) está destinado a los miembros que necesitan un trasplante o que tienen una afección que solo se puede tratar en un determinado hospital. Es posible que deba acudir a un hospital de Aetna Institutes of Excellence™ para obtener cobertura para el tratamiento. Si no lo hace, algunos planes no cubrirán el servicio. Elegimos hospitales para el programa NME en función de su preparación y experiencia con estos servicios. También seguimos las normas estatales al elegir estos hospitales.

¿Qué significa “médicamente necesario”?

Significa que su médico recetó un producto o servicio por una razón médica importante. Puede ser para ayudar a prevenir una enfermedad o afección o para verificar si tiene una. También puede ser para tratar una lesión o enfermedad. El producto o servicio tiene que ser recetado por su médico y, además debe ocurrir lo siguiente:

- Debe cumplir con un estándar normal para los médicos.
- Debe ser el tipo correcto en la cantidad correcta durante el tiempo correcto y para la parte del cuerpo correcta.
- Debe conocerse que ayuda al síntoma.
- No puede ser solo para la conveniencia del miembro o del médico.
- No puede costar más que otro servicio o producto que sea igual de efectivo.

Solo los profesionales médicos pueden decidir si un tratamiento o servicio no es médicamente necesario. No recompensamos a nuestros empleados por denegar la cobertura. Si denegamos la cobertura, les enviaremos una carta a usted y a su médico. En ella se explicará por qué denegamos el tratamiento y cómo puede apelar la denegación.

Boletines de políticas clínicas

Escribimos un informe sobre un producto o servicio cuando decidimos si es médicamente necesario. El informe se denomina boletín de política clínica (CPB). Los CPB nos guían para decidir sobre la aprobación de una solicitud de cobertura. Es posible que su plan no cubra todo lo que nuestros CPB indiquen que es médicamente necesario. Cada plan es diferente, por lo que debe consultar los documentos de su plan. Los CPB no están destinados a aconsejarlo a usted ni a su médico sobre su atención. Solo su médico puede brindarle asesoramiento y tratamiento. Hable con su médico sobre cualquier CPB relacionado con su cobertura o afección.

Usted y su médico pueden visitar

[Aetna.com/health-care-professionals/clinical-policy-bulletins.html](https://www.aetna.com/health-care-professionals/clinical-policy-bulletins.html) para leer los CPB. ¿No tiene internet? Llame al número que aparece en su

identificación de miembro de Aetna y solicite una copia de un CPB para cualquier producto o servicio.

Qué debe hacer si no está de acuerdo con nosotros

Si no está de acuerdo con algo que hayamos hecho, puede hablar con nosotros por teléfono. También puede enviarnos un reclamo por escrito. El número de teléfono figura en su identificación de miembro. La dirección de correo postal es la siguiente:

Aetna
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079

¿Aún no está satisfecho?

Puede presentar una apelación

¿Denegamos su reclamación? Las instrucciones sobre cómo apelar nuestra decisión están en los siguientes documentos:

- La carta que le enviamos.
- La declaración de Explicación de beneficios que indica que su reclamación fue denegada.

La carta que le enviamos le informa lo siguiente:

- Lo que necesitamos de usted.
- Qué tan pronto responderemos.

Si una denegación se basa en un criterio médico, es posible que pueda obtener una revisión externa si no está satisfecho con su apelación. Algunos estados tienen su propio proceso de revisión externa, y es posible que deba pagarle una pequeña tarifa a su estado. En otros estados, la revisión externa está disponible, pero sigue normas federales.

Para obtener ayuda o más información, haga lo siguiente:

- Ingrese en [USA.gov/state-tribal-governments](https://www.usa.gov/state-tribal-governments) y seleccione el sitio web de su estado.
- Llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

Puede ponerse en contacto con una organización de revisión independiente (IRO)

Una IRO asignará su caso a uno de sus expertos. El experto será un médico u otro profesional que se especialice en el área referida en su caso o en su tipo de apelación. Debería obtener una decisión dentro de los 45 días calendario posteriores a la solicitud. La decisión de la IRO es final y vinculante. Seguiremos la decisión y usted no tendrá que pagar nada, a menos que haya una tarifa de presentación.

Puede obtener una revisión urgente

Si su médico cree que usted no puede esperar 45 días, solicite una revisión acelerada. Eso significa que tomaremos nuestra decisión lo antes posible.

Derechos y responsabilidades del miembro

No tenemos en cuenta la raza, la discapacidad, la religión, el sexo, la orientación sexual, la salud, el origen étnico, el credo, la edad ni la nacionalidad al brindarle acceso a la atención médica. La ley federal exige que los proveedores de la red hagan lo mismo.

Política de no discriminación para pruebas genéticas

No utilizamos los resultados de las pruebas genéticas para discriminar, de ninguna manera, a los solicitantes o inscritos. Además, usted elige si quiere decirnos su raza u origen étnico y su idioma preferido. Mantendremos esa información privada. La utilizamos para mejorar su acceso a la atención médica y para darle un mejor servicio.

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA)

Si ha tenido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios en virtud de la WHCRA. Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, se brindará cobertura de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y el paciente para lo siguiente:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica
- Prótesis
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema

Se proporcionarán beneficios a una persona que ya se haya sometido a una mastectomía como consecuencia de un cáncer de mama mientras estaba cubierta por un plan de salud diferente. La cobertura se brinda de acuerdo con el diseño de su plan y está sujeta a los límites del plan, los copagos, los deducibles, el coseguro y los requisitos de remisión, si hubiere, tal como se describe en los documentos de su plan.

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros. O bien, visite estos enlaces para obtener más detalles.

Hoja de datos del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU.: https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/whcra_factsheet.html

Folleto del Departamento de Trabajo de los EE. UU.: <https://www.dol.gov/sites/default/files/ebsa/about-ebsa/our-activities/resource-center/publications/your-rights-after-a-mastectomy.pdf>

Período de inscripción especial

Si usted (o sus dependientes cubiertos) tiene un determinado evento de vida, usted (o sus dependientes cubiertos) puede calificar para un período de inscripción especial fuera de la inscripción abierta. Estos eventos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Matrimonio
- Nacimiento o adopción de un niño
- Pérdida de otra cobertura de salud
- Obtención de la ciudadanía o presencia legal en los Estados Unidos

Visite [HealthCare.gov/glossary/special-enrollment-period/](https://www.healthcare.gov/glossary/special-enrollment-period/) para obtener más información sobre el período de inscripción especial.

Información importante para Arizona

Actualmente, Arizona no tiene ningún requisito de divulgación de preinscripción específico del estado.

Banner|Aetna cumple las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente ilegalmente a las personas por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad ni discapacidad.

Brindamos ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades y a las que necesiten asistencia lingüística.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducción Banner|Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye o trata de manera diferente ilegalmente a las personas u otros servicios, llame al [1-888-982-3862](tel:1-888-982-3862) (TTY: [711](tel:711)).

Si usted considera que nosotros no le proporcionamos estos servicios o lo discriminamos en función de alguna de las clases protegidas mencionadas anteriormente, puede presentar una queja ante el coordinador de Derechos Civiles a través de las siguientes vías:

Civil Rights Coordinator,

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512, [1-800-648-7817](tel:1-800-648-7817), TTY: [711](tel:711); fax: [859-425-3379](tel:859-425-3379), CRCoordinator@aetna.com.

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles en el Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU., que se encuentra disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o en la siguiente dirección: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamando al [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019), [800-537-7697](tel:800-537-7697) (TDD).

Los beneficios de salud y los planes de seguro de salud son ofrecidos, suscritos o administrados por Banner Health y Aetna Health Insurance Company o Banner Health y Aetna Health Plan Inc. (Banner|Aetna).

Banner|Aetna es una filial de Banner Health y de Aetna Life Insurance Company y sus filiales (Aetna). Cada aseguradora tiene responsabilidad financiera absoluta por sus propios productos. Aetna y Banner Health proporcionan determinados servicios de administración a Banner|Aetna. Aetna es parte del grupo de compañías de CVS Health.

TTY: 711

To access language services at no cost to you, call 1-888-982-3862 .

Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-888-982-3862. (Spanish)

如欲使用免費語言服務，請致電 1-888-982-3862 。 (Chinese)

Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-888-982-3862 . (French)

Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa 1-888-982-3862 . (Tagalog)

Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-888-982-3862 an. (German)

للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-888-982-3862 . (Arabic)

Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-888-982-3862 . (French Creole-Haitian)

Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-888-982-3862. (Italian)

言語サービスを無料でご利用いただくには、1-888-982-3862 までお電話ください。 (Japanese)

무료 언어 서비스를 이용하려면 1-888-982-3862 번으로 전화해 주십시오. (Korean)

برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-888-982-3862 تماس بگیرید. (Persian-Farsi)

Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-888-982-3862 . (Polish)

Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-888-982-3862. (Portuguese)

Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-888-982-3862 . (Russian)

Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-888-982-3862 . (Vietnamese)