

Quality health plans & benefits
Healthier living
Financial well-being
Intelligent solutions

aetna®

Plan individual Latin America & Caribbean Gold Plan

Fecha de entrada en vigor: 1.º de septiembre de 2015 – 31 de agosto de 2016

www.aetnainternational.com





Características del plan

	En los EE. UU. dentro de la red	En los EE. UU. fuera de la red	Fuera de los EE. UU.
<p>Límite total anual máximo</p> <p>Nosotros cubriremos el tratamiento de enfermedades que se presenten durante el período de cobertura y mientras que el tratamiento sea suministrado durante el mismo período, o cuando tales enfermedades se han presentado antes de la fecha de ingreso, pero se han sido declaradas ante nosotros y lo hemos aceptado por escrito.</p> <p>Todos los costos incurridos deben estar relacionados con el motivo, procedimiento y/o tratamiento médico, y son sujetos a cargos razonables y de rutina, basados en los costos promedio de tratamiento que correspondan a la región en la que se recibió el tratamiento, conforme a nuestra decisión.</p> <p>La cobertura de los siguientes beneficios está sujeta a límites específicos que se detallan en cada beneficio y también está sujeta al pago de todos los coseguros y deducibles conforme a lo establecido en la sección titulada "Límites de la cobertura" en su <i>Certificado</i> o a lo especificado en su <i>Plan de cobertura</i>. Los beneficios están fijados por persona inscrita y por período de cobertura.</p>	USD \$ 2,500,000	USD \$ 2,500,000	USD \$ 2,500,000
<p>Coseguro máximo</p> <p>El monto máximo que cada persona inscrita deberá pagar como coseguro por período de cobertura. Después de que se alcance este monto máximo, del cual usted es responsable, la póliza pagará los beneficios al 100 %. Los pagos de deducible no contribuyen a estos límites. El tratamiento elegible que requiera precertificación, pero que no sea precertificado, no estará sujeto al límite de coseguro.</p>	N/C	USD \$ 4,000	N/C
<p>Tratamientos para pacientes internados y pacientes de paso o ambulatorios</p> <p>Alojamiento, limitado a la tarifa de una habitación privada estándar y a los cargos relacionados a ello, incluyendo la admisión a una unidad de cuidados intensivos como paciente internado o, paciente de paso o ambulatorio así como, los gastos por servicio de enfermería prestados por una enfermera calificada y algunos otros costos relacionados con el tratamiento de la enfermedad o condición médica. De igual manera se incluyen, honorarios de profesionales médicos, incluyendo las consultas, los honorarios de especialistas como paciente internado o paciente de día, y los honorarios de anestesistas.</p> <p>Procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico, incluyendo servicios de patología y radiografías y exceptuando resonancias magnéticas y tomografías computarizadas.</p>	100 %	80 %	100 %



Características del plan

	En los EE. UU. dentro de la red	En los EE. UU. fuera de la red	Fuera de los EE. UU.
<p>Cirugía ambulatoria</p> <p>Los gastos cubiertos incluyen los cargos por servicios y suministros brindados en relación con una cirugía ambulatoria realizada en un centro de cirugía en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico o el departamento para atención ambulatoria de un hospital. Los siguientes gastos por cirugía ambulatoria están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Servicios y suministros brindados por el hospital o centro quirúrgico el día del procedimiento. ii) Los servicios del médico cirujano para realizar el procedimiento, la atención preoperatoria y postoperatoria, y la administración de anestesia. 	100 %	80 %	100 %
<p>Convalecencia</p> <p>La admisión en un centro de convalecencia debe ser posterior al tratamiento de una enfermedad por la que la persona inscrita debió ser hospitalizada durante un mínimo de tres días consecutivos, y por la cual el médico confirma por escrito que la convalecencia es necesaria. La admisión en un centro de convalecencia debe realizarse dentro de los 14 días siguientes a la fecha del alta del hospital. Dicho tratamiento cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) El uso de salas especiales de tratamiento. ii) Las tarifas correspondientes a la terapia física, ocupacional o del habla. iii) Otros servicios que suelen prestar los centros de convalecencia y que incluyen la atención de enfermería calificada, pero no abarcan los servicios privados de enfermería o de enfermería especializada ni aquellos prestados por médicos especialistas. <p>Límite del beneficio por enfermedad: 30 días.</p>	100 %	80 %	100 %
<p>Atención médica domiciliaria</p> <p>Tratamiento que se realiza en el domicilio del asegurado(a). Dicho tratamiento cubrirá lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Atención periódica o de tiempo parcial brindada por una enfermera calificada. ii) Servicios periódica o de tiempo parcial suministrados por un proveedor de atención médica domiciliaria. iii) Servicios de laboratorio. <p>Cada visita realizada por una enfermera calificada o por un proveedor de atención médica domiciliaria de hasta cuatro horas de duración se considera una visita. Cada visita de más de cuatro horas de duración se clasificará como dos o más visitas, cada visita consta de cuatro horas de servicio prestado. Todo tratamiento incluido en el presente beneficio está condicionado a nuestra precertificación. En caso de que dicho tratamiento no cuente con nuestra previa confirmación por escrito, la compañía de seguros no será responsable del pago de ningún beneficio. Límite del beneficio por enfermedad: 60 visitas.</p>	100 %	80 %	100 %



Características del plan

	En los EE. UU. dentro de la red	En los EE. UU. fuera de la red	Fuera de los EE. UU.
<p>Cirugía reconstructiva</p> <p>Cirugía reconstructiva posterior a un accidente o a una cirugía por una enfermedad elegible, siempre que dicha cirugía se realice en una etapa médicamente adecuada después del accidente o de la cirugía. En todos los casos, la cirugía debe llevarse a cabo dentro de los 365 días a partir de la fecha en que ocurrió el accidente o de aquella en la que se manifestó la enfermedad, y está sujeta a que se mantenga la cobertura de la póliza durante dicho período.</p>	100 %	80 %	100 %
<p>Tratamiento psiquiátrico (para pacientes internados)</p> <p>Todo tratamiento incluido en el presente beneficio está condicionado a nuestra precertificación y debe realizarse con la supervisión directa y constante de un médico psiquiatra registrado. En caso de que dicho tratamiento no cuente con nuestra previa confirmación por escrito, la compañía de seguros no será responsable del pago de ningún beneficio. Sin embargo, la consulta inicial con un médico (no un médico psiquiatra), quien determina la remisión a un psiquiatra, está incluida en los servicios de cobertura sin necesidad de precertificación.</p> <p>Límite del beneficio por año de póliza: 28 días.</p>	100 %	80 %	100 %
<p>Tratamiento psiquiátrico (para pacientes ambulatorios)</p> <p>Todo tratamiento incluido en el presente beneficio está condicionado a nuestra precertificación y debe realizarse con la supervisión directa y constante de un médico psiquiatra registrado. En caso de que dicho tratamiento no cuente con nuestra previa confirmación por escrito, la compañía de seguros no será responsable del pago de ningún beneficio. Sin embargo, la consulta inicial con un médico (no un médico psiquiatra), quien determina la remisión a un psiquiatra, está incluida en los servicios de cobertura sin necesidad de precertificación.</p> <p>Límite del beneficio por año de póliza: 30 visitas.</p>	100 %	80 %	100 %
<p>Enfermedades de recién nacidos</p> <p>Tratamiento para pacientes internados de una enfermedad aguda que padece un recién nacido y que se manifiesta dentro de los 30 días posteriores al nacimiento. Se excluyen de este beneficio las complicaciones que se originen como consecuencia de algún método de reproducción asistida. Estas incluyen, entre otras, los nacimientos prematuros o múltiples. En aquellos casos en los que el recién nacido presente una anomalía congénita, la cobertura será excluida de este beneficio y se pagará según lo dictado bajo el beneficio para anomalías congénitas.</p> <p>El dependiente del asegurado será elegible para obtener cobertura tal como lo estipula esta póliza una vez cumplido el período de beneficios de 30 días para recién nacidos, a excepción de las enfermedades que se presenten o manifiesten dentro del período de 30 días inmediatamente posterior al nacimiento. La cobertura está sujeta a que el niño se incluya en la póliza de sus padres y a que se paguen todas primas correspondientes.</p> <p>Límite del beneficio de por vida: USD \$ 250,000.</p>	100 %	80 %	100 %



Características del plan

	En los EE. UU. dentro de la red	En los EE. UU. fuera de la red	Fuera de los EE. UU.
<p>Enfermedades congénitas Tratamiento de anomalías congénitas que se manifiesten después de la fecha de ingreso de la persona o que se manifiesten en un hijo dependiente dentro de los 12 meses posteriores al nacimiento. Este beneficio no incluye enfermedades hereditarias. Límite del beneficio de por vida: USD \$ 500,000.</p>	100 %	80 %	100 %
<p>Oncología Tratamiento para el cáncer que se recibe como paciente internado, paciente de día o paciente ambulatorio.</p>	100 %	80 %	100 %
<p>Trasplante de órganos Los siguientes trasplantes están cubiertos: a) Corazón. b) Corazón/pulmón. c) Pulmón. d) Riñón. e) Riñón/páncreas. f) Hígado. g) Alogénico de médula ósea. h) Autólogo de médula ósea. Los gastos de donante están cubiertos con este beneficio. Límite del beneficio por operación de trasplante de órganos de por vida: USD \$ 500,000.</p>	100 %	80 %	100 %
<p>Lesión accidental en los dientes Tratamiento que se recibe en la sala de emergencias de un hospital dentro de los siete días de ocurrida una lesión accidental en dientes sanos y naturales, que estaban firmemente unidos a la mandíbula en el momento de la lesión. Dicho tratamiento debe ser realizado por un médico o un odontólogo.</p>	100 %	80 %	100 %
<p>Sida Gastos médicos que son originados por el virus de inmunodeficiencia humana o enfermedades relacionadas, o gastos que guardan alguna relación con estas enfermedades, entre las que se incluyen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, el complejo asociado al sida, o mutaciones o variaciones derivadas de estas enfermedades. Los gastos se limitan a aquellos realizados por consultas previas y posteriores al diagnóstico, chequeos de rutina para el tratamiento de la enfermedad, medicamentos y vendajes (excepto los que están en etapa experimental o no han sido probados), habitación y comida, y servicios de enfermeras calificadas. El beneficio que se brinda con respecto al sida y no por una enfermedad aguda, y se ofrece pura y exclusivamente como una extensión de la cobertura solo en relación con el sida. Límite del beneficio de por vida: USD \$ 250,000.</p>	100 %	80 %	100 %



Características del plan

	En los EE. UU. dentro de la red	En los EE. UU. fuera de la red	Fuera de los EE. UU.
<p>Prótesis</p> <p>Conforme a esta póliza, las prótesis (partes artificiales del cuerpo) se limitan a una extremidad o a un ojo artificial. Límite del beneficio de por vida: USD \$ 10,000.</p>	100 %	80 %	100 %
<p>Comida y habitación privada</p> <p>Cargos que cobra un centro médico por proveer alojamiento y otros servicios necesarios, conforme a la tarifa diaria o semanal de una habitación privada estándar.</p>	100 %	80 %	100 %
<p>Unidad de cuidados intensivos</p> <p>Cargos por atención que se recibe como paciente internado en la ICU (<i>Intensive Care Unit</i>, unidad de cuidados intensivos) de un hospital. Límite de la tarifa de la habitación: USD \$ 4,000.</p>	100 %	80 %	100 %
<p>Alojamiento para padres</p> <p>Costos de estadía en el hospital para el acompañante (padre, madre o tutor legal) de una persona inscrita menor de 18 años que sea admitida como paciente internado en un hospital.</p>	100 %	80 %	100 %
<p>Evacuación médica</p> <p>Costos de evacuación de una persona inscrita hacia el centro médico apropiado más cercano para que sea admitida como paciente internado o paciente de día, en caso de que el tratamiento de emergencia necesario no esté inmediatamente disponible en el lugar del incidente. Este beneficio se extiende para cubrir los costos que genera un acompañante que viaja con el miembro, en caso de ser médicamente necesario.</p> <p>Evacuación: gastos de viaje adicionales</p> <p>Costos razonables previos y posteriores a la hospitalización después de una evacuación, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Traslados desde las citas médicas y hasta estas, cuando se recibe tratamiento como paciente de paso (hasta USD \$ 25 por día). ii) Para un acompañante que viaja desde y hasta el hospital, para visitar al miembro después de su admisión como paciente internado (hasta USD \$ 25 por día). iii) Alojamiento fuera del hospital durante los períodos inmediatamente previos y posteriores a la admisión hospitalaria, siempre que el miembro esté recibiendo atención de un especialista (hasta USD \$ 50 por día). iv) Los pasajes aéreos en clase económica para que el miembro y alguna otra persona que haya viajado como acompañante puedan regresar a su país de residencia o al país donde ocurrió la evacuación. <p>Límite del beneficio para gastos de viaje adicionales por evacuación médica: USD \$ 10,000.</p>	100 %	100 %	100 %



Características del plan

	En los EE. UU. dentro de la red	En los EE. UU. fuera de la red	Fuera de los EE. UU.
<p>Transporte por ambulancia terrestre y aérea</p> <p>Costos del traslado desde y hasta un hospital mediante el medio de transporte más adecuado (se incluye el servicio de ambulancia aérea con licencia, pero se excluyen todas las demás formas de transporte aéreo), en caso de producirse una emergencia y cuando el médico o el especialista considere que es médicamente necesario. Los costos de una ambulancia aérea, que no cuente con nuestra precertificación, se limitan a USD \$ 2,000 por incidente.</p>	100 %	100 %	100 %
<p>Restos mortales</p> <p>En caso de muerte a causa de una enfermedad elegible, se cubrirá lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Costos del traslado del cuerpo o de las cenizas de una persona inscrita a su país de origen o su país de residencia. ii) Costos por cremación o entierro en el lugar en el que ocurre el fallecimiento, conforme a las prácticas acostumbradas y razonables. <p>Límite del beneficio: USD \$ 10,000.</p>	100 %	100 %	100 %
<p>Costos por tratamiento para pacientes ambulatorios</p> <p>Honorarios de profesionales médicos, especialistas, médicos de consulta y enfermeras; cargos ambulatorios que abarcan procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico, incluyendo los servicios de patología y radiografías (pero sin incluir las tomografías computarizadas y las resonancias magnéticas); medicamentos y vendajes; y dispositivos (por ejemplo, un marcapasos) recetados por un profesional médico o especialista. El tratamiento de fisioterapia con la remisión de un profesional médico tiene un límite de 10 sesiones por enfermedad. Una vez que se alcance ese límite, un especialista deberá realizar otra revisión. Se solicitará un informe de salud después de las 10 sesiones de fisioterapia ambulatoria. Para solicitar dicho tratamiento, debe presentarse una carta o un informe de remisión junto con el primer reclamo.</p> <p>Tratamientos alternativos brindados por quiroprácticos, osteópatas, homeópatas, podiatras y acupunturistas impartidos bajo la supervisión directa de un profesional médico o especialista, y luego de la remisión hecha por uno de ellos. Estos tratamientos se limitan a 10 sesiones en total por enfermedad.</p>	100 %	80 %	100 %
<p>Resonancia magnética y tomografía computarizada</p> <p>Estudios recibidos como paciente internado, paciente de día o paciente ambulatorio. Todo tratamiento incluido en el presente beneficio está condicionado a nuestra precertificación.</p> <p>En caso de que dicho tratamiento no cuente con nuestra previa confirmación por escrito, la compañía de seguros no será responsable del pago de ningún beneficio.</p>	100 %	80 %	100 %



Características del plan

	En los EE. UU. dentro de la red	En los EE. UU. fuera de la red	Fuera de los EE. UU.
Medicamentos y vendajes para pacientes ambulatorios Medicamentos, medicinas y vendajes esenciales recetados por un médico o especialista que no están disponibles sin su recípe correspondiente. El límite no se aplica a oncología ni al manejo de rutina de enfermedades crónicas. Límite del beneficio: USD \$ 4,000 por año de póliza.	100 %	80 %	100 %
Terapia de reemplazo hormonal Consultas con un médico o especialista, y el costo de implantes, tabletas o parches recetados, cuando el tratamiento se prescribe exclusivamente con la finalidad de restablecer el equilibrio hormonal. Se brinda cobertura para el tratamiento de la menopausia que se ha inducido de manera artificial o que ha tenido una manifestación temprana (en este caso, el término “manifestación temprana” se refiere a una menopausia que aparece antes de los 40 años). La cobertura no se extiende para incluir el tratamiento de desequilibrios hormonales a causa de la menopausia que se desarrolla de manera natural.	100 %	80 %	100 %
Manejo de rutina de enfermedades crónicas Chequeos de rutina, medicamentos y vendajes recetados para el manejo de la enfermedad, estadía en hospital, enfermería, diálisis renal, cirugía y tratamiento paliativo de enfermedades crónicas (distintas de cáncer). Los costos para el tratamiento del cáncer están cubiertos con el beneficio de oncología.	100 %	80 %	100 %
Tratamiento sin autorización previa Tratamiento de emergencia y tratamiento para pacientes internados y pacientes de día.	50 %	50 %	50 %
Atención que no es de emergencia en sala de emergencias Porcentaje de reembolso por enfermedad.	50 %	50 %	50 %



Características del plan

	En los EE. UU. dentro de la red	En los EE. UU. fuera de la red	Fuera de los EE. UU.
<p>Maternidad (se aplica un período de espera de 10 meses) Costos relacionados con la atención de rutina del embarazo y del parto, además de cualquier enfermedad relacionada. Los beneficios se limitan al parto, a los chequeos prenatales y posteriores al nacimiento, y a los costos propios del parto. Se incluyen los costos de un parto por cesárea requerido por razones de salud. Todos los costos relacionados con un embarazo o parto que sea resultado de algún método de reproducción asistida estarán limitados a este beneficio. Cuando se adquiere la opción con beneficios de maternidad, las mujeres inscritas como miembros (incluso las dependientes menores de 18 años) son elegibles en el caso de este beneficio. Este beneficio se pagará dentro de los primeros 10 meses a partir de la fecha de inicio o la fecha de ingreso, la que sea posterior. Límite del beneficio (parto normal): USD 5,000 por embarazo. Límite de beneficio (parto por cesárea, por razones de salud): USD 9,500 por embarazo. El parto voluntario por cesárea está cubierto hasta el límite del beneficio por parto normal.</p>	100 %	80 %	100 %
<p>Complicaciones del embarazo (con un período de espera de 10 meses) Tratamiento de una enfermedad que aparece durante las etapas prenatales del embarazo, o de una enfermedad que surge durante el parto y requiere un procedimiento obstétrico reconocido. Todas las mujeres inscritas como miembros (incluso las dependientes menores de 18 años) son elegibles en el caso de este beneficio. Este beneficio se pagará dentro de los primeros 10 meses a partir de la fecha de inicio o la fecha de ingreso, cual sea que pase de último. Se excluyen de este beneficio las complicaciones que se originen como consecuencia de algún método de reproducción asistida. Estas incluyen, entre otras, los nacimientos prematuros o múltiples.</p>	100 %	80 %	100 %
<p>Alojamiento para recién nacidos Costos de estadía en el hospital relacionados con un bebé recién nacido (de hasta 16 semanas de vida) que acompañe a su madre (quien es una persona inscrita) mientras ella recibe tratamiento como paciente internada en un hospital.</p>	100 %	80 %	100 %
<p>Bienestar</p>	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.



Características del plan

	En los EE. UU. dentro de la red	En los EE. UU. fuera de la red	Fuera de los EE. UU.
<p>Examen colorrectal</p> <p>Se considera médicamente necesario en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con y mayores de 50 años de edad • Antecedentes familiares de poliposis adenomatosa familiar. • Cáncer de colon no poliposo hereditario; pólipos o cáncer de seno, ovario, endometrio o colon. • Enfermedad inflamatoria intestinal crónica. • Antecedentes, grupo étnico o estilo de vida que, según el médico, ponen al asegurado en alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal. <p>Cuando están indicados por un médico, el examen de cáncer colorrectal y las pruebas de laboratorio incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen anual de sangre oculta en materia fecal (3 muestras). • Sigmoidoscopia flexible cada 5 años. • Colonoscopia cada 10 años. • Enema de bario de doble contraste cada 5 años. • Cualquier combinación de los exámenes de detección más confiables y reconocidos médicamente que se encuentren disponibles, según lo determine el médico. <p>Límite del beneficio: USD \$ 2,500 por examen. Sin deducible para los gastos de bienestar.</p>	90 %	70 %	90 %
<p>Opciones de deducible</p> <p>El monto que debe pagar un asegurado con respecto a los gastos relacionados al tratamiento recibido antes del pago de cualquier beneficio, conforme a este certificado, por cada período de cobertura. Consulte su Plan de cobertura para obtener más información sobre el deducible que corresponde a su plan.</p>	USD \$ 500 USD \$ 1,000 USD \$ 2,500 USD \$ 5,000 USD \$ 10,000	USD \$ 500 USD \$ 1,000 USD \$ 2,500 USD \$ 5,000 USD \$ 10,000	USD \$ 500 USD \$ 1,000 USD \$ 2,500 USD \$ 5,000 USD \$ 10,000



Please send your questions and inquiries to the following mailbox:
LatAmCaribbeanSales@AETNA.com



Stay connected to Aetna International

Visit www.aetnainternational.com



Aetna® es una marca registrada de Aetna, Inc., y se encuentra protegida en todo el mundo por los tratados de registros de marcas comerciales.

No se realizan declaraciones ni se otorgan garantías, expresas o implícitas, acerca de la integridad y exactitud de la información contenida en el presente; por lo tanto, la información suministrada es solo orientativa. Se le solicita que verifique la información que figura más arriba antes de tomar decisiones basándose en ella. Usted no debe confiar en esa información y debe buscar su propio asesoramiento legal independiente. No seremos responsables por ninguna pérdida ni daño, directo o indirecto, que resulte del uso de la información y los materiales contenidos allí.

Aetna no brinda atención ni garantiza acceso a servicios de salud. No todos los servicios de salud están cubiertos. La información sobre salud que brindan los programas es general y no sustituye el diagnóstico o el tratamiento suministrado por un profesional de la salud. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura. Aunque creemos que esta información es correcta en la fecha de elaboración, está sujeta a cambios. Para obtener más detalles, visite www.aetnainternational.com.

www.aetnainternational.com

©2015 Aetna Inc.
46.02.008.2 LAC (03/15)

aetna®