



Su socio mundial en materia de salud

PLAN DE AETNA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE —
OPCIÓN GOLD

AETNA
GLOBAL
BENEFITS®



En cualquier lugar del mundo, usted cuenta con apoyo

Cobertura Mundial, Conocimiento Local

- **Integración:** ofrecemos completas soluciones para la atención de salud que brindan cobertura en casi todas las circunstancias.
- **Proximidad:** nuestra red de oficinas regionales garantiza que los reclamos se resuelvan de manera rápida, eficiente y a nivel local.
- **Solidez:** hace más de 30 años que nos destacamos por nuestro servicio en el mercado internacional de seguros de salud.
- **Enfoque:** operamos exclusivamente en los mercados internacionales de atención de salud.
- **Seguridad:** procuramos su tranquilidad mediante la protección de su salud y de sus bienes.

ACERCA DE AETNA GLOBAL BENEFITS

En Aetna Global Benefits (AGB) contamos con más de 30 años de experiencia internacional y presencia tangible, lo que nos permite un posicionamiento único para ayudarlo a interpretar el panorama de cambios continuos de la atención de salud internacional. Además, como parte de la organización Aetna, tenemos la posibilidad de aprovechar el potencial de una de las compañías diversificadas de beneficios de salud líderes de los EE. UU., con más de 150 años de experiencia comprobada y muestras de éxito.

ACERCA DE LA OPCION GOLD DEL PLAN DE AETNA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

El plan de Aetna para América Latina y el Caribe fue diseñado por Aetna Global Benefits con el fin de ofrecer a los ciudadanos nacionales y expatriados soluciones para que obtengan altos niveles de cobertura médica y se beneficien de la flexibilidad de un suministro de atención de salud verdaderamente en todo el mundo.

La opción Gold del plan de Aetna para América Latina y el Caribe le brinda una amplia cobertura a largo plazo altamente confiable para que su tranquilidad sea total.

Aspectos destacados del plan

- Cobertura en todo el mundo
- Beneficio máximo de USD 1,000,000 por año
- Seis opciones de deducibles: USD 500, USD 1,000, USD 2,500, USD 5,000, USD 10,000 y USD 20,000
- Beneficio de maternidad
- Trasplante de órganos
- Evacuación médica de emergencia
- Beneficios de internación
- Beneficios ambulatorios
- Medicamentos con receta
- Repatriación

Nuestra red médica

La opción Gold del plan de Aetna para América Latina y el Caribe le ofrece la posibilidad de utilizar los servicios de nuestros proveedores de atención preferida. Esto representa la oportunidad de obtener acceso a centros de atención de salud altamente calificados y gozar de descuentos acordados con anterioridad.

Entre los beneficios se incluyen los siguientes:

- Tarifas con descuento para tratamientos
- No es necesario completar ningún formulario de reclamo
- Pago de las facturas emitidas por el hospital

Encuentre fácilmente un proveedor de la red en www.goodhealthamericas.com, a través de nuestro buscador de proveedores en línea.



disponible las 24 horas del día

Estamos aquí para ayudarlo

En AGB tenemos más de 30 años de experiencia en el mercado mundial de seguros de salud. Gracias a nuestros conocimientos especializados, podemos ofrecer orientación, asistencia y servicios innovadores, flexibles y continuos.



Oficinas en todo el mundo:

Nuestros centros de servicios regionales en Asia, el Medio Oriente, Europa y los Estados Unidos ofrecen asistencia en el cuidado de la salud en todo el mundo, las 24 horas del día.

Alcance mundial:

Gracias a nuestra plataforma global de tecnología de la información, podemos prestar servicios en cualquier lugar del mundo, independientemente de la ubicación geográfica donde se adquirió la cobertura.

Personal multilingüe y multicultural:

AGB siente verdadero orgullo por su amplia diversidad cultural y el alto nivel de conocimientos lingüísticos. Esto significa que nuestras oficinas distribuidas en todo el mundo pueden brindarle la información regional que necesita.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

P: ¿Soy elegible para recibir cobertura?

R: Usted puede ser elegible para recibir cobertura siempre y cuando no resida en los EE. UU. ni en las Bermudas y sea menor de 75 años en el momento de la solicitud. Además, la elegibilidad quedará sujeta a un cuestionario médico y al nivel de cobertura solicitado.

P: ¿Los miembros de mi familia también pueden recibir cobertura?

R: Sí. Su cónyuge o pareja adulta que vive permanentemente con usted puede incluirse como dependiente. Asimismo, son elegibles para la cobertura los hijos solteros menores de 18 años que viven con usted, o los que no tienen más de 23 años y son estudiantes de tiempo completo. En este caso, la elegibilidad también estará sujeta a un cuestionario médico.

P: ¿Será necesario que me someta a un examen médico para inscribirme en el plan?

R: No. Solamente debe completar un cuestionario médico sencillo. Si necesitamos información adicional para evaluar su solicitud de manera imparcial y precisa, es posible que le pidamos que su médico realice un informe de salud.

P: ¿Recibiré cobertura para cualquier enfermedad o lesión que haya tenido antes de inscribirme en el plan?

R: Las condiciones preexistentes pueden estar específicamente excluidas y los términos de cada exclusión se detallarán en su plan de cobertura. Esto se evaluará en el momento de la solicitud en función de la información que usted nos brinde. Las condiciones no declaradas serán excluidas. Además, la cobertura puede considerarse inválida si no se informan todas las condiciones preexistentes.

P: ¿Sigo estando cubierto si viajo lejos de mi lugar de residencia?

R: Sí. Ya sea que viaje por negocios o por placer, usted cuenta con cobertura en todo el mundo.

P: ¿Puedo buscar tratamiento en cualquier lugar del mundo?

R: Sí. El plan de Aetna para América Latina y el Caribe ha sido diseñado para darle la libertad de elegir el país en el que desea recibir tratamiento.

P: ¿Con qué rapidez puedo obtener la cobertura?

R: Todas las solicitudes completas se procesan en un plazo de cinco días hábiles. En caso de que precisemos información adicional, nos comunicaremos con usted.

P: ¿Qué sucede si deseo cancelar mi cobertura?

R: A partir de la fecha de inicio de su cobertura, usted tiene 30 días para hacer una revisión de sus beneficios. Si decide cancelar la cobertura y no se ha hecho ningún reclamo, se efectuará el reembolso total de cualquier prima paga, siempre que recibamos por escrito una solicitud de cancelación de la cobertura.



RESUMEN DE BENEFICIOS

La opción Gold del plan de Aetna para América Latina y el Caribe cubre los cargos razonables y acostumbrados correspondientes a los gastos médicos elegibles del lugar donde se recibe tratamiento. Cada persona inscrita debe completar su deducible una vez por período de cobertura (12 meses).

En las páginas siguientes, encontrará un resumen de beneficios y límites. Para obtener una descripción completa de los beneficios, consulte el Certificado de Inscripción. Los beneficios se especifican en dólares estadounidenses.

Beneficios	Límites
Área de cobertura	En todo el mundo
Beneficio anual máximo	USD 1,000,000
Deducible máximo agregado (en caso de producirse un accidente simultáneo que involucre a dos o más personas inscritas en el mismo Certificado de Inscripción)	Dos veces el deducible máximo
Coseguro máximo para tratamiento	
▪ Recibido dentro de la red	USD 0
▪ Recibido fuera de la red	USD 4,000
Beneficios de internación	Límites
Montos de reembolsos aplicables a los beneficios de internación:	
▪ Fuera de los EE. UU.	100%
▪ En los EE. UU. - Dentro de la red	100%
▪ En los EE. UU. - Fuera de la red	80%
Cargos por internación en hospital: estadía en hospital, medicamentos y vendajes, honorarios del cirujano y del anestesista, quirófano, patología, radiografías de diagnóstico y estudios de laboratorio.	Reembolso total y completo
Comida y habitación privada: tarifa por habitación privada estándar y cargos asociados.	Reembolso total y completo
Unidad de cuidados intensivos: cargos que cobra un centro médico por proveer un lugar en su unidad de cuidados intensivos.	USD 2,000 por día
Oncología: tratamiento para el cáncer que se recibe como paciente internado, paciente de día o paciente ambulatorio.	Reembolso total y completo
Trasplante de órganos: se limita a determinados trasplantes (corazón, corazón/pulmón, pulmón, riñón, riñón/páncreas, hígado, trasplante alogénico de médula ósea, trasplante autólogo de médula ósea).	USD 250,000 por trasplante
Tomografía computarizada (CT) y resonancia magnética (MRI): estudios realizados a pacientes internados, pacientes de día o pacientes ambulatorios, y que nosotros hemos autorizado previamente.	Reembolso total y completo
Ambulancia terrestre: costos del traslado de emergencia desde y hasta un centro médico, mediante la forma de transporte más adecuada.	Reembolso total y completo
Evacuación médica de emergencia: evacuación de una persona inscrita hacia el centro médico correspondiente más cercano para que sea admitida como paciente internado o paciente de día, en caso de que el tratamiento necesario no esté inmediatamente disponible en el lugar del incidente. Se extiende para cubrir los costos que genera un acompañante que viaja con la persona inscrita.	Reembolso total y completo
Gastos de viaje adicionales (después de la evacuación)	Reembolso total y completo
Costos de viaje razonables:	
▪ Desde y hasta las citas médicas, cuando se recibe tratamiento como paciente de día. Hasta USD 25 por día	Hasta USD 25 por día
▪ Para un acompañante que viaja desde y hasta el hospital, para visitar a la persona inscrita después de su admisión como paciente internado.	Hasta USD 25 por día
▪ Alojamiento fuera del hospital durante los períodos previos y posteriores a la admisión hospitalaria, siempre que la persona inscrita esté siendo atendida por un médico especialista.	Hasta USD 50 por día
▪ Los pasajes aéreos en clase económica para que la persona inscrita y alguna otra persona que haya viajado como acompañante puedan regresar al país de residencia o al país donde ocurrió la evacuación.	Reembolso total y completo
Límite del beneficio global	USD 10,000 por evacuación
Convalecencia: la admisión en un centro de convalecencia posterior al tratamiento de una condición médica por la que la persona inscrita debió ser hospitalizada durante un mínimo de tres días consecutivos. Dicha admisión debe realizarse dentro de los 14 días siguientes a la fecha del alta del hospital.	Reembolso total y completo hasta 30 días por condición
Prótesis externas: los costos de ojos o extremidades artificiales necesarios después del tratamiento de una condición médica elegible o como resultado de un accidente.	Límite de USD 5,000 de por vida
Tratamiento psiquiátrico con internación: brindado en una unidad psiquiátrica registrada de un hospital. Todos los beneficios están condicionados a nuestra previa autorización y todo tratamiento suministrado debe ser supervisado por un psiquiatra registrado.	Reembolso total y completo hasta 28 días
Atención médica domiciliaria: la atención médica domiciliaria que se recibe inmediatamente después del alta hospitalaria según la recomendación de un médico especialista. Una enfermera calificada debe ser la responsable de brindar dicha atención. Todos los tratamientos incluidos en este beneficio deben contar con nuestra previa autorización.	Reembolso total y completo hasta 30 sesiones por condición médica

Beneficios	Límites
Cirugía reconstructiva: cirugía reconstructiva posterior a un accidente o a una cirugía por una condición médica elegible.	Reembolso total y completo
SIDA: gastos médicos que son originados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o enfermedades relacionadas, o gastos que guardan alguna relación con estas enfermedades, entre las que se incluyen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el complejo asociado al SIDA (ARC) o mutaciones o variaciones derivadas de estas enfermedades.	Límite de USD 40,000 de por vida
Lesión accidental en los dientes: tratamiento que se recibe en un consultorio dental o en la sala de emergencias de un hospital dentro de los siete días de ocurrida una lesión accidental en dientes sanos y naturales. Se limita a lo siguiente: I) La primera dentadura postiza o puente fijo para reemplazar dientes perdidos. II) La primera corona para reparar los dientes dañados.	Reembolso total y completo cuando se recibe tratamiento como paciente internado únicamente
Alojamiento para padres: 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.	Reembolso total y completo
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.	Reembolso total y completo
Restos mortales <ul style="list-style-type: none"> ▪ Traslado de un cuerpo o de cenizas al país de origen o al país de residencia . ▪ Costos por cremación o entierro en el lugar en el que ocurre el fallecimiento. 	Hasta USD 10,000
Beneficios de maternidad (disponibles después de 12 meses de cobertura continua)	Límites
Montos de reembolsos aplicables a los beneficios de maternidad:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fuera de los EE. UU. 	100%
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En los EE. UU. - Dentro de la red 	100%
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En los EE. UU. - Fuera de la red 	80%
Embarazo y parto	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Costos relacionados con un embarazo y parto normales, chequeos prenatales y posteriores al nacimiento, y los costos propios del parto. 	Hasta USD 5,000 por embarazo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Costos relacionados con un embarazo y parto en el que se requiere un parto por cesárea por razones de salud. 	Hasta USD 9,500 por embarazo
Complicaciones del embarazo: tratamiento de una condición médica que aparece durante las etapas prenatales del embarazo, o una condición médica que surge durante el parto y requiere un procedimiento obstétrico reconocido (con excepción de los partos por cesárea realizados por razones de salud).	Reembolso total y completo
Atención de recién nacidos: tratamiento con internación debido a una condición médica aguda y todos los costos relacionados. Los síntomas de dicha condición se manifiestan al nacer o se originan a causa del parto.	Límite de USD 250,000 de por vida
Beneficios ambulatorios	Límites
Montos de reembolsos aplicables a beneficios ambulatorios:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fuera de los EE. UU. 	100%
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En los EE. UU. - Dentro de la red 	100%
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En los EE. UU. - Fuera de la red 	80%
Cirugía ambulatoria	Reembolso total y completo
Entre los cargos ambulatorios se incluyen los siguientes:	Reembolso total y completo
i) Honorarios del médico, incluidas las consultas.	
ii) Honorarios de médicos especialistas.	
iii) Procedimientos de diagnóstico.	
iv) Tratamiento de fisioterapia con la remisión de un médico.	
v) Tratamientos realizados por quiroprácticos, osteópatas, homeópatas y acupunturistas registrados con la remisión de un médico especialista (máximo de 10 sesiones en total).	
Medicamentos y vendajes para casos ambulatorios: medicamentos, medicinas y vendajes esenciales recetados por un médico o médico especialista que no están disponibles sin su receta correspondiente.	Hasta USD 2,000 por año
Terapia de reemplazo hormonal: incluye la consulta con un médico o un médico especialista y el costo de implantes, tabletas o parches recetados, cuando el tratamiento se prescribe para 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).	Reembolso total y completo
Cobertura de la enfermedad renal en etapa terminal, incluye cobertura del tratamiento de diálisis	Reembolso total y completo, hasta USD 20,000 de por vida

PROCEDIMIENTO DE RECLAMOS

La siguiente información explica los procedimientos para la presentación de reclamos. Por favor, léala detenidamente. No dude en comunicarse con nosotros si necesita recibir datos adicionales.

¿Cómo funciona el deducible?

Usted tiene diferentes opciones de deducible para elegir. El deducible es el monto que usted debe abonar antes de que se efectúe el pago de cualquier reclamo. Los deducibles se aplican por persona, por año de cobertura. Si el monto reclamado no supera el valor del deducible, se aplicará para alcanzar el monto de su deducible anual. Una vez alcanzado el monto de su deducible, los reclamos futuros se reembolsarán hasta los límites de la póliza.

¿Cómo funciona el coseguro?

Cuando reciba tratamiento dentro de los EE. UU., o en el caso de que tenga gastos mientras goza del beneficio de maternidad, usted debe pagar un porcentaje del valor total de todos los gastos realizados por cada condición médica para cada período de cobertura. Esto se denomina "coseguro" y su porcentaje correspondiente figura en la sección Plan de Límites y Máximos del Certificado de Inscripción. El monto máximo que deberá pagar a modo de coseguro se denomina "límite de coseguro" y también está especificado en la misma sección. Después de que se alcanza este monto máximo, del cual usted es responsable, la cobertura pagará beneficios al 100%.

¿Cómo se encuentra un proveedor de atención preferida?

Localice fácilmente un proveedor de atención preferida a través de nuestro buscador de proveedores en línea. Puede restringir la búsqueda mediante la selección de especialidades, ubicaciones geográficas o centros médicos específicos. En nuestro sitio en Internet www.goodhealthamericas.com, en la opción "Clientes/Encuentre un proveedor médico", está disponible nuestro buscador de proveedores en línea.

¿Cómo se lleva a cabo la precertificación?

Todos los tratamientos programados requieren precertificación. Para precertificar un futuro tratamiento, llame a nuestra

ayuda médica en línea, descargue un formulario de precertificación de nuestro sitio en Internet o envíe un correo electrónico a una de nuestras oficinas de Aetna Global Benefits. Se le solicitará información detallada y completa sobre la condición, el tratamiento propuesto, el centro médico y el profesional que lo atiende.

En caso de emergencia

Ante una emergencia, debe comunicarse con nuestra línea de ayuda médica dentro de las 72 horas. Nuestro personal está a su disposición las 24 horas del día, los 365 días del año. Los números para la asistencia de emergencia están impresos en el reverso de su tarjeta de membresía. Es importante que no se demore en solicitar tratamiento.

EXCLUSIONES

Para conocer la lista completa de exclusiones, consulte los términos y las condiciones de la cobertura.

La cobertura no cubre gastos que sean consecuencia de lo siguiente:

- Cualquier condición médica o condición relacionada por la cual recibió tratamiento, tuvo síntomas o buscó asesoramiento médico con anterioridad a su fecha de ingreso (condición médica preexistente), a menos que se hubiese declarado como un hecho sustancial en el momento de la solicitud y que nosotros lo hubiésemos aceptado por escrito.
 - Cualquier condición médica que surja dentro de los primeros 90 días a partir de la fecha de ingreso, cuando dicha condición médica no haya sido el resultado de un accidente o de una enfermedad de origen infeccioso.
 - Tratamientos cosméticos o cualquier consecuencia que estos traigan, o tratamientos para la pérdida de peso o por problemas de peso, cuyos fines sean psicológicos o no. También se excluyen los costos de tratamientos asociados que sean consecuencia de una cirugía cosmética o aquellos generados por trastornos alimenticios o problemas de peso.
 - Tratamientos por alcoholismo, adicción a drogas o abuso de sustancias, o cualquier condición adictiva de cualquier clase, y cualquier lesión o enfermedad que sea consecuencia directa o indirecta de dicho
- abuso o de dicha adicción.
 - Suicidio o intento de suicidio, lesión corporal autoinfligida voluntariamente o lesión sufrida de manera directa o indirecta, como resultado de un acto delictivo cometido por la persona inscrita.
 - Tratamientos que se reciben debido a problemas de insomnio, trastornos al dormir, apneas del sueño, fatiga, desfase horario, estrés laboral o cualquier condición relacionada.
 - Sustancias y suplementos alimenticios que están disponibles naturalmente, entre los que se incluyen vitaminas, minerales y sustancias orgánicas.
 - Cualquier tratamiento que no fue recetado, recomendado ni aprobado por el médico o especialista tratante.
 - Tratamientos que nosotros, por asesoramiento médico, determinamos que están en etapa experimental o que aún no han sido probados.
 - Medicinas alternativas que incluyen, entre otros especialistas, a podólogos, optometristas, consultores de lactancia y podiatras. La cobertura se extiende para incluir a quiroprácticos, osteópatas, homeópatas y acupunturistas únicamente, conforme a lo que se contempla en la sección Beneficios, en el apartado 1(e) del Certificado de Inscripción.
 - Embarazo o complicaciones del embarazo que surjan dentro de los primeros doce meses a partir de la fecha de adquisición de este beneficio o de la fecha de ingreso, la que sea posterior.
 - Cualquier costo relacionado con el embarazo de una hija soltera menor de 18 años que cumpla con los requisitos de dependiente.
 - Tratamientos que sean necesarios o que surjan de manera directa o indirecta a causa del control de la natalidad femenina y masculina, la infertilidad, la anticoncepción, la esterilización (o su reversión) y cualquier método de reproducción asistida, o cualquier complicación del embarazo que sea resultado de tratamientos de fertilidad o embarazos asistidos.

En caso de tener preguntas o comentarios respecto de nuestro procedimiento de reclamos, preséntelos en la oficina de Aetna Global Benefits más cercana.

Aetna Global Benefits® es una marca registrada de Aetna Inc. en los Estados Unidos y la Unión Europea. Aetna® es una marca registrada de Aetna Inc. y está protegida por tratados y registros de marcas comerciales en todo el mundo.

Las pólizas expedidas en América Latina y en el Caribe son emitidas y administradas por Goodhealth Worldwide (Global) Limited a cargo de Aetna Global Benefits.

No se ofrece ninguna garantía ni declaración, ya sea explícita o implícita, de que la información contenida en el presente documento sea exacta o esté completa. Consecuentemente, esta información es proporcionada solo a modo de orientación. Usted tiene la obligación de verificar la información que aparece más arriba antes de actuar basándose en ella. Por ende, usted no debe fiarse de dicha información y debe buscar su propio asesoramiento legal independiente. Nosotros no seremos responsables de ningún daño ni de ninguna pérdida que sea resultado, directo o indirecto, del uso que usted haga de la información y de los materiales contenidos en el presente documento.

Aetna no proporciona 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.goodhealthamericas.com.