



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO
PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN DENTRO DE LA RED

Limitaciones de los beneficios: Algunos servicios o suministros están sujetos a límites por año. Es posible que haya una cantidad máxima de visitas o días, o un límite en dólares por año. En esos casos, el año de beneficios comienza el día en que la cobertura del plan entra en vigor (a menos que se indique lo contrario). Consulte los documentos del plan para obtener más información.

Deducible (por año del plan) \$1,500 individual.
\$3,000 familiar.

Debe alcanzar el deducible antes de que el plan comience a pagar por los beneficios, a menos que se indique lo contrario.

El monto que usted paga (costo compartido) por algunos servicios médicos no se tiene en cuenta para alcanzar el deducible. Los costos de los medicamentos con receta no se aplican al deducible. Consulte los documentos del plan para obtener detalles.

Su familia tendrá un deducible. Usted alcanzará ese deducible cuando los gastos de varios miembros de la familia se acumulen para el deducible familiar. Ninguna persona paga más que el monto de deducible individual.

Coseguro del miembro Usted paga el 20 %.
Se aplica a todos los gastos excepto como se indica.

Límite de desembolso \$4,000 individual.
(por año del plan) \$8,000 familiar.

Es posible que una parte de su costo compartido no se tenga en cuenta para el límite de desembolso.

Los gastos de farmacia se tienen en cuenta para el límite de desembolso.

Los gastos dentro de la red incluyen coseguro o copagos, y deducibles.

Su familia tendrá un límite de desembolso. Usted alcanzará ese límite cuando los gastos de varios miembros de la familia se acumulen para el límite de desembolso familiar. Ninguna persona paga más que el monto del límite de desembolso individual.

Máximo de por vida
Sin límite, excepto donde se indique lo contrario.

Selección del médico de cuidado primario Se recomienda.

Requisitos de remisión No se requiere.

CUIDADO PREVENTIVO DENTRO DE LA RED

Exámenes físicos de rutina para adultos y vacunas Cobertura del 100 %, sin deducible.

1 examen cada 12 meses hasta los 65 años de edad y 1 examen cada 12 meses a partir de los 65 años.

Exámenes de rutina para niños sanos Cobertura del 100 %, sin deducible.

- 7 exámenes en los primeros 12 meses.
- 3 exámenes desde los 13 hasta los 24 meses de edad.
- 3 exámenes desde los 25 hasta los 36 meses de edad.
- 1 examen cada 12 meses desde los 3 hasta los 22 años de edad.

Vacunas en la infancia Cobertura del 100 %, sin deducible.

Las siguientes vacunas estarán cubiertas al 100 %: difteria; *haemophilus* influenza tipo b, hepatitis B; sarampión; paperas; tosferina (*pertussis*); polio; rubeola; tétano y varicela, y cualquier otra vacuna requerida por ley para el niño.

Exámenes de cuidado ginecológico de rutina Cobertura del 100 %, sin deducible.

1 examen y prueba de PAP por año, incluye costos asociados.

Mamografías de rutina Cobertura del 100 %, sin deducible.

Se recomienda 1 mamografía por año para miembros de 40 años de edad y mayores.



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO
 PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

Salud de la mujer	Cobertura del 100 %, sin deducible. Incluye exámenes para detectar diabetes gestacional; pruebas de ADN para detectar virus del papiloma humano (VPH); asesoramiento para infecciones de transmisión sexual; asesoramiento y exámenes para detectar virus de inmunodeficiencia humana (VIH); asesoramiento y exámenes en casos de violencia doméstica e interpersonal; asesoramiento, suministros y apoyo para lactancia materna; métodos anticonceptivos (aquellos que exige la Ley de Cuidado de Salud Asequible [ACA], incluidos los anticonceptivos y dispositivos que no puede conseguir en una farmacia); procedimientos de esterilización (incluida la ligadura de trompas); educación y asesoramiento de pacientes. Pueden existir límites.
Maternidad (cuidado prenatal)	Cobertura del 100 %, sin deducible.
Examen de tacto rectal de rutina	Cobertura del 100 %, sin deducible. Se recomienda para los miembros de 40 años de edad y mayores.
Prueba de antígeno específico prostático	Cobertura del 100 %, sin deducible. Se recomienda para los miembros de 40 años de edad y mayores.
Examen para detectar cáncer colorrectal	Cobertura del 100 %, sin deducible. Se recomienda para los miembros de 45 años de edad y mayores. La cobertura incluye lo siguiente: examen anual de sangre oculta en heces, examen de tacto rectal y sigmoidoscopia flexible cada 5 años; examen de tacto rectal y enema opaco de doble contraste cada 5 años; examen de tacto rectal y colonoscopia cada 10 años.
Exámenes completos de ojos de rutina	Cobertura del 100 %, sin deducible. 1 examen de rutina cada 24 meses.
Examen de audición de rutina	Cobertura del 100 %, sin deducible.
Examen de audición de recién nacido	Copago de \$50, sin deducible. 1 en los primeros 30 días de vida y diagnóstico de seguimiento hasta los 24 meses de edad.
SERVICIOS PRESTADOS POR MÉDICOS	DENTRO DE LA RED
Visitas al consultorio del médico de cuidado primario	Copago de \$25 por visita al consultorio, sin deducible. Incluye servicios de internista, médico general, médico de familia o pediatra.
Visitas al consultorio de un especialista	Copago de \$50 por visita al consultorio, sin deducible.
Exámenes de audición	Sin cobertura.
Cirugía en el consultorio	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba.
Clínicas sin cita previa	Copago de \$25, sin deducible. Clínicas sin cita previa designadas Cobertura del 100 %, sin deducible. Las clínicas sin cita previa son centros de cuidado de salud independientes. Pueden estar ubicadas en una farmacia, supermercado u otra tienda de venta al por menor, y brindan cuidado y servicios médicos limitados. No son clínicas sin cita previa los centros de cuidado de urgencia, las salas de emergencias, los departamentos de cuidado ambulatorio de los hospitales, los centros quirúrgicos ambulatorios ni los consultorios médicos.
Pruebas de alergias	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba.
Inyecciones para tratar alergias	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba.



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO
PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO	DENTRO DE LA RED
Radiografías de diagnóstico (distintas de servicios de imágenes complejas) Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.	20 % después del deducible.
Servicios de laboratorio para diagnóstico Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.	20 % después del deducible.
Servicios de diagnóstico por imágenes complejas Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.	20 % después del deducible.
CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA	DENTRO DE LA RED
Proveedor de cuidado de urgencia	Copago de \$75 por visita al consultorio, sin deducible.
Uso no urgente de un proveedor de cuidado de urgencia	Sin cobertura.
Sala de emergencias Copago eximido en caso de ingreso.	20 % después de copago de \$250, sin deducible.
Cuidado que no es de emergencia en sala de emergencias	Sin cobertura.
Uso de emergencia de la ambulancia	20 % después de copago de \$200, sin deducible.
Uso que no es de emergencia de la ambulancia	Sin cobertura.
CUIDADO EN HOSPITAL	DENTRO DE LA RED
Cobertura de internación Cuando ingresa en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos que recibe.	20 % después del deducible.
Cobertura de internación por maternidad (incluye cuidado para el parto y posparto) Cuando ingresa en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos que recibe.	20 % después del deducible.
Cuidado ambulatorio en hospital Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche allí, el costo compartido se tiene en cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	20 % después del deducible.
Cirugía ambulatoria (hospital) Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche allí, el costo compartido se tiene en cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	20 % después del deducible.
Cirugía ambulatoria (centro independiente) Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche allí, el costo compartido se tiene en cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	20 % después del deducible.



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO
 PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

SERVICIOS DE SALUD MENTAL	DENTRO DE LA RED
Con internación	20 % después del deducible.
Cuando ingresa en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos que recibe.	
Unidades de estabilización de crisis y centros residenciales de tratamiento (para niños y adolescentes)	20 % después del deducible.
Visitas al consultorio por servicios de salud mental	Copago de \$50, sin deducible.
Otros servicios de salud mental	20 % después del deducible.
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche allí, el costo compartido se tiene en cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	
ABUSO DE SUSTANCIAS	DENTRO DE LA RED
Con internación	20 % después del deducible.
Cuando ingresa en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos que recibe.	
Centro residencial de tratamiento	20 % después del deducible.
Cuando ingresa en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos que recibe.	
Visitas al consultorio por abuso de sustancias	Copago de \$50, sin deducible.
Otros servicios por abuso de sustancias	20 % después del deducible.
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche allí, el costo compartido se tiene en cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	
SERVICIOS DE TERAPIA	DENTRO DE LA RED
Terapia de manipulación de la columna vertebral	Copago de \$50, sin deducible.
Limitado a 20 visitas por año.	
Rehabilitación ambulatoria a corto plazo	Copago de \$50, sin deducible.
Limitado a 20 visitas por año. Incluye terapias física, ocupacional y del habla.	
Terapia física para enseñanza de habilidades	20 % después del deducible.
Terapia ocupacional para enseñanza de habilidades	20 % después del deducible.
Terapia del habla para enseñanza de habilidades	20 % después del deducible.
Terapia física relacionada con el autismo	20 % después del deducible.
Terapia ocupacional relacionada con el autismo	20 % después del deducible.
Terapia del habla relacionada con el autismo	20 % después del deducible.
Terapia de salud emocional y psicológica relacionada con el autismo	Copago de \$50, sin deducible.

Estos beneficios se combinan con visitas ambulatorias por salud mental.



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO
PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

Análisis aplicado del comportamiento relacionado con el autismo	20 % después del deducible.
Sus beneficios para estos servicios son los mismos que cualquier otro beneficio de servicios ambulatorios de salud mental.	
OTROS SERVICIOS	DENTRO DE LA RED
Centro de enfermería especializada	20 % después del deducible.
Limitado a 60 días por año. Cuando ingresa en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos que recibe.	
Cuidado de salud en el hogar	20 % después del deducible.
Limitado a 60 visitas por año. Los servicios de cuidado de salud en el hogar incluyen servicio privado de enfermería. Limitado a 3 visitas por día realizada por el personal de una agencia de cuidado de salud en el hogar. 1 visita equivale a un período de 4 horas o menos.	
Cuidado de hospicio (con internación)	20 % después del deducible.
Cuando ingresa en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos que recibe.	
Cuidado de hospicio (ambulatorio)	20 % después del deducible.
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche allí, el costo compartido se tiene en cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	
Servicio privado de enfermería	Cubierto como parte del cuidado de salud en el hogar.
Cada período de servicio privado de enfermería de hasta 8 horas se considera 1 turno de enfermería privada.	
Equipo médico duradero	20 % después del deducible.
Prótesis	20 % después del deducible.
Ortopedia	20 % después del deducible.
Suministros para diabéticos (si no están cubiertos como beneficio de medicamentos con receta)	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos.
Usted paga el costo compartido del medicamento con receta si tiene cobertura de medicamentos con receta. De lo contrario, paga el costo compartido de visita al consultorio del médico de cuidado primario.	
Terapia de infusión (en el domicilio o en el consultorio)	Copago de \$50, sin deducible.
Terapia de infusión (cuidado ambulatorio en hospital o centro independiente)	20 % después del deducible.
Terapias génicas, celulares y otras terapias innovadoras (GCIT™)	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba. Copago de \$50, sin deducible para medicamentos de terapia génica si corresponde. La cobertura dentro de la red es brindada únicamente en centros GCIT™ designados.
Audífonos	20 % después del deducible.
1 beneficio máximo por oído para audífonos cada 3 años.	
Trasplantes	20 % después del deducible.
La cobertura dentro de la red está disponible únicamente en un centro contratado Institutes of Excellence™ (IOE).	
Cirugía bariátrica	Sin cobertura.



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO
 PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

Acupuntura	Copago de \$25, sin deducible.
Limitado a 10 visitas por año.	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	DENTRO DE LA RED
Tratamiento contra la esterilidad	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba. Tiene cobertura para el diagnóstico y tratamiento de la causa subyacente de la esterilidad.
Servicios integrales para la esterilidad relativa	Sin cobertura.
Inseminación artificial e inducción de la ovulación.	
Tecnología de reproducción asistida	Sin cobertura.
Fertilización <i>in vitro</i> , transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia de embriones criopreservados, inyección de esperma intracitoplasmática o microcirugía de óvulos.	
Vasectomía	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba.
Ligadura de trompas	Cobertura del 100 %, sin deducible.
FARMACIA	DENTRO DE LA RED
Tipo de plan de farmacia	Plan Advanced Control
Límite de desembolso para medicamentos con receta	Los gastos de medicamentos con receta se aplican al límite de desembolso médico.
Medicamentos genéricos preferidos	
Al por menor	Copago de \$15.
Orden por correo	Copago de \$30.
Medicamentos de marca preferidos	
Al por menor	Copago de \$30.
Orden por correo	Copago de \$60.
Medicamentos de marca y genéricos no preferidos	
Al por menor	Copago de \$60.
Orden por correo	Copago de \$120.
Farmacia (requisitos y días de suministro)	
Al por menor	Puede obtener un suministro de hasta 30 días de la red nacional de Aetna. Para los suministros de 31 a 90 días, deberá pagar el copago de medicamentos de órdenes por correo.
Orden por correo	Puede obtener un suministro de 31 a 90 días de CVS Caremark® Mail Service Pharmacy.
De especialidad	Puede obtener un suministro de hasta 30 días de medicamentos de especialidad. Debe abastecer todas las recetas a través de nuestra red preferida de farmacias de especialidad. <i>Formulario del plan Advanced Control, Lista de medicamentos asegurados de Aetna.</i>

El plan de medicamentos con receta también incluye lo siguiente:

- Suministros para diabéticos.
- Insulina, hasta un pago máximo del miembro de \$25 por abastecimiento por cada suministro de 30 días.
- Una lista limitada de medicamentos sin receta si se obtienen a través de una receta.

Lo siguiente tiene cobertura del 100 % dentro de la red:

- Medicamentos quimioterapéuticos orales.
- Vacunas estacionales.
- Vacunas preventivas.
- Medicamentos preventivos que cumplen con los requisitos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible.



DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

Visite [Aetna.com](https://www.aetna.com) para obtener una lista completa de los medicamentos con receta que cumplen con los requisitos.

Requisitos de precertificación

Algunos medicamentos con receta cubiertos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos. Algunos medicamentos con receta cubiertos requieren terapia escalonada antes de que los cubramos. Con la terapia escalonada, debe probar primero 1 o más medicamentos antes de que paguemos el medicamento en cuestión. Consulte los documentos del plan o visite nuestro sitio web para miembros para conocer los requisitos de precertificación y la lista de los medicamentos con terapia escalonada más actualizados.

Elección de genéricos: A veces, es posible que usted o su proveedor soliciten un medicamento de marca cuando existe un equivalente genérico. Si es así, deberá pagar el copago del medicamento de marca más la diferencia entre el precio del genérico y el del producto de marca.

ESTIPULACIONES GENERALES

Dependientes que cumplen con los requisitos para participar en su plan Cónyuge, hijos desde el nacimiento hasta los 26 años de edad, sin importar su estado estudiantil.

Los planes son brindados por Aetna Health Inc. Aunque creemos que este material es correcto en la fecha de elaboración, está sujeto a cambios.

Los planes de beneficios y de seguro de salud contienen exclusiones y limitaciones. No todos los servicios de salud están cubiertos.

Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura. Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según la ubicación y están sujetas a cambios. Los proveedores son contratistas independientes y no son nuestros agentes. La participación de los proveedores puede modificarse sin previo aviso. No brindamos cuidado ni garantizamos acceso a servicios de salud.

Si en su plan se requiere la selección de un médico de cuidado primario, y este forma parte de un sistema de servicios médicos integrados o de un grupo de médicos, su médico de cuidado primario generalmente lo remitirá a especialistas y hospitales afiliados a ese sistema o grupo.

La siguiente es una lista de servicios y suministros que, *en general*, no están cubiertos. Sin embargo, los documentos de su plan pueden contener excepciones a esta lista basadas en mandatos estatales, en el diseño del plan o en las cláusulas adicionales adquiridas por su empleador.

- Todos los servicios médicos y hospitalarios que no estén específicamente cubiertos en los documentos del plan o que estén limitados o excluidos en estos.
- Cirugía cosmética, incluida la reducción de senos.
- Cuidado no médico.
- Cuidado dental y radiografías dentales.
- Extracción de óvulos de la donante.
- Procedimientos en etapa de prueba e investigación (excepto para la cobertura de los costos del cuidado médico necesario de rutina a los pacientes miembros que participan en ensayos clínicos contra el cáncer).
- Audífonos
- Partos en el hogar.
- Vacunas para viajes o empleos, excepto en los casos que sean médicamente necesarias o indicadas.
- Medicamentos implantables y ciertos medicamentos inyectables, incluidos medicamentos inyectables para tratar la esterilidad.
- Servicios para tratar la esterilidad, incluida la inseminación artificial y tecnología de reproducción asistida (como fertilización *in vitro*, transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia intrafalopiana de gametos, inyección de esperma intracitoplasmática) y otros servicios relacionados, a menos que se enumeren específicamente como cubiertos en los documentos de su plan.



**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO
PROPORCIONADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY**

- Terapia de rehabilitación a largo plazo.
- Servicios o suministros médicamente innecesarios.
- Medicamentos con receta en casos ambulatorios (excepto para el tratamiento de la diabetes), a menos que estén cubiertos por una cláusula adicional sobre la cobertura de medicamentos con receta, y suministros y medicamentos sin receta (excepto cuando se proveen en un hospital).
- Queratotomía radial o procedimientos relacionados.
- Reversión de esterilización.
- Servicios para el tratamiento de la disfunción sexual o para mejorar el rendimiento, incluidos suministros, terapia, asesoramiento o medicamentos con receta.
- Servicio especial de enfermería.
- Terapias o rehabilitaciones distintas de las enumeradas como cubiertas.
- Servicios para el control de peso, incluidos procedimientos quirúrgicos, tratamientos médicos, programas de pérdida o control de peso, regímenes y suplementos alimenticios, supresores del apetito y otros medicamentos; alimentos o suplementos alimentarios; programas de ejercicios, equipos de ejercicios u otros equipos; y otros servicios y suministros cuya intención principal es controlar el peso o tratar la obesidad, incluida la obesidad mórbida, o cuyo propósito es reducir el peso, sin importar la existencia de enfermedades comórbidas.

En casos de emergencia, llame al 911 o a su número local para llamadas de emergencia, o diríjase directamente a un centro de cuidado de emergencia. Es posible que este material se encuentre disponible en otro idioma. Llame a Servicios al Cliente al número que aparece al dorso de su tarjeta de identificación.

Translation of the material into another language may be available. Please call Member Services at **1-888-982-3862**.

Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según la ubicación y el tamaño del grupo.

Para obtener más información sobre los planes de Aetna, consulte en **www.aetna.com**.

Aetna y MinuteClinic, LLC, que opera o brinda determinados servicios de asistencia en la administración a clínicas sin cita previa MinuteClinic, son miembros del grupo de CVS Health.

© 2021 Aetna Inc.