

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
 PROPORCIONADO POR TEXAS HEALTH AND AETNA HEALTH PLAN, INC.**

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS	FUERA 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.	\$5,250 individual. \$10,500 familiar.
Los gastos cubiertos se aplican para el deducible dentro y fuera de la red al mismo tiempo. 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 %.	Usted paga el 40 %.
Se aplica a todos los gastos excepto como se indica.		
Límite de desembolso (por año del plan)	\$4,000 individual. \$8,000 familiar.	\$15,000 individual. \$30,000 familiar.
Los gastos cubiertos se aplican para el desembolso dentro y fuera de la red al mismo tiempo. 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. Los gastos fuera de la red incluyen coseguro y deducibles. Las multas no se aplican. 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.	
Pago por cuidado fuera de la red**	No se aplica.	Proveedor: 105 % de Medicare. Centro: 140 % de Medicare.
Selección del médico de cuidado primario	Se recomienda.	No se aplica.
Requisitos de precertificación: Para recibir algunos servicios fuera de la red, se necesita nuestra autorización previa (precertificación). Sin ella, descontamos \$400 de los beneficios. Consulte los documentos de su plan para obtener una lista completa de los servicios que requieren esta aprobación.		
Requisitos de remisión	No se requiere.	Ninguno.
Designaciones dentro de la red: Para recibir cobertura al nivel de beneficios preferidos dentro de la red, debe recibir servicios de un proveedor de cuidado de salud designado. Si recibe cuidado de un proveedor no designado, es posible que se le brinde cobertura al nivel de beneficios fuera de la red o ningún tipo de cobertura.		

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
 PROPORCIONADO POR TEXAS HEALTH AND AETNA HEALTH PLAN, INC.**

CUIDADO PREVENTIVO	PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS	FUERA DE LA RED
Exámenes físicos de rutina para adultos y vacunas 1 examen cada 12 meses hasta los 65 años de edad y 1 examen cada 12 meses a partir de los 65 años.	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
Exámenes de rutina para niños sanos • 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.	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
Vacunas en la infancia Las siguientes vacunas estarán cubiertas al 100 % fuera de la red cuando se apliquen a niños de hasta 6 años de edad: difteria; <i>haemophilus</i> influenza tipo b, hepatitis B; sarampión; paperas; tosferina (<i>pertussis</i>); polio; rubeola; tétano y varicela, y cualquier otra vacuna requerida por ley para el niño.	Cobertura del 100 %, sin deducible.	Cobertura del 100 %, sin deducible.
Exámenes de cuidado ginecológico de rutina 1 examen y prueba de PAP por año, incluye costos asociados.	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
Mamografías de rutina Se recomienda 1 mamografía por año para miembros de 40 años de edad y mayores.	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
Salud de la mujer 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.	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
Maternidad (cuidado prenatal)	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
Examen de tacto rectal de rutina Se recomienda para los miembros de 40 años de edad y mayores.	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
Prueba de antígeno específico prostático Se recomienda para los miembros de 40 años de edad y mayores.	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
Examen para detectar cáncer colorrectal 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.	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
Exámenes completos de ojos de rutina 1 examen de rutina cada 24 meses.	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
Examen de audición de rutina	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.
Examen de audición de recién nacido 1 en los primeros 30 días de vida y diagnóstico de seguimiento hasta los 24 meses de edad.	Copago de \$50, sin deducible.	40 %, sin deducible.

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
 PROPORCIONADO POR TEXAS HEALTH AND AETNA HEALTH PLAN, INC.**

SERVICIOS PRESTADOS POR MÉDICOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Visitas al consultorio del médico de cuidado primario Incluye servicios de internista, médico general, médico de familia o pediatra.	Copago de \$25 por visita al consultorio, sin deducible.	40 % después del deducible.
Visitas al consultorio de un especialista	Copago de \$50 por visita al consultorio, sin deducible.	40 % después del deducible.
Exámenes de audición	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Cirugía en el consultorio	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba.	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba.
Clínicas sin cita previa 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.	Copago de \$25, sin deducible.	40 % después del deducible.
Pruebas de alergias	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba.	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.	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba.
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO	DENTRO DE LA RED	FUERA 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.	40 % 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.	40 % 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.	40 % después del deducible.
CUIDADO MÉDICO DE EMERGENCIA	PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS	FUERA DE LA RED
Proveedor de cuidado de urgencia	Copago de \$75 por visita al consultorio, sin deducible.	40 % después del deducible.
Uso no urgente de un proveedor de cuidado de urgencia	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Sala de emergencias Copago eximido en caso de ingreso.	20 % después de copago de \$250, sin deducible.	Igual al cuidado dentro de la red.
Cuidado que no es de emergencia en sala de emergencias	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Uso de emergencia de la ambulancia	20 % después de copago de \$200, sin deducible.	Igual al cuidado dentro de la red.
Uso que no es de emergencia de la ambulancia	Sin cobertura.	Sin cobertura.

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
 PROPORCIONADO POR TEXAS HEALTH AND AETNA HEALTH PLAN, INC.**

CUIDADO EN HOSPITAL	PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS	FUERA 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.	40 % 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.	40 % 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.	40 % 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.	40 % 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.	40 % después del deducible.
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS	FUERA DE LA RED
Con 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.	40 % después del deducible.
Unidades de estabilización de crisis y centros residenciales de tratamiento (para niños y adolescentes)	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Visitas al consultorio por servicios de salud mental	Copago de \$50, sin deducible.	40 % después del deducible.
Otros servicios de salud mental 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.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
ABUSO DE SUSTANCIAS	PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS	FUERA DE LA RED
Con 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.	40 % después del deducible.
Centro residencial de tratamiento Cuando ingresa en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos que recibe.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Visitas al consultorio por abuso de sustancias	Copago de \$50, sin deducible.	40 % después del deducible.
Otros servicios por abuso de sustancias 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.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.

DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
PROPORCIONADO POR TEXAS HEALTH AND AETNA HEALTH PLAN, INC.

SERVICIOS DE TERAPIA	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Terapia de manipulación de la columna vertebral Limitado a 20 visitas por año.	Copago de \$50, sin deducible.	40 % después del deducible.
Rehabilitación ambulatoria a corto plazo Limitado a 20 visitas por año. Incluye terapias física, ocupacional y del habla.	Copago de \$50, sin deducible.	40 % después del deducible.
Terapia física para enseñanza de habilidades	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Terapia ocupacional para enseñanza de habilidades	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Terapia del habla para enseñanza de habilidades	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Terapia física relacionada con el autismo	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Terapia ocupacional relacionada con el autismo	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Terapia del habla relacionada con el autismo	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Terapia de salud emocional y psicológica relacionada con el autismo Estos beneficios se combinan con visitas ambulatorias por salud mental.	Copago de \$50, sin deducible.	40 % después del deducible.
Análisis aplicado del comportamiento relacionado con el autismo Sus beneficios para estos servicios son los mismos que cualquier otro beneficio de servicios ambulatorios de salud mental.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
OTROS SERVICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Centro de enfermería especializada 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.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Cuidado de salud en el hogar 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.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Cuidado de hospicio (con internación) Cuando ingresa en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos que recibe.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Cuidado de hospicio (ambulatorio) 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.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Servicio privado de enfermería Cada período de servicio privado de enfermería de hasta 8 horas se considera 1 turno de enfermería privada.	Cubierto como parte del cuidado de salud en el hogar.	Cubierto como parte del cuidado de salud en el hogar.
Equipo médico duradero	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Prótesis	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
PROPORCIONADO POR TEXAS HEALTH AND AETNA HEALTH PLAN, INC.**

Ortopedia	20 % después del deducible.	40 % 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.	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.	40 % después del deducible.
Terapia de infusión (cuidado ambulatorio en hospital o centro independiente)	20 % después del deducible.	30 % 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.	Sin cobertura.
Audífonos 1 beneficio máximo por oído para audífonos cada 3 años.	20 % después del deducible.	40 % después del deducible.
Trasplantes	20 % después del deducible. La cobertura dentro de la red está disponible únicamente en un centro contratado Institutes of Excellence™ (IOE).	40 % después del deducible. La cobertura fuera de la red aplica cuando recibe servicios en un centro no IOE. En este caso, pagará más dinero de su bolsillo.
Cirugía bariátrica	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Acupuntura Limitado a 10 visitas por año.	Copago de \$25, sin deducible.	40 % después del deducible.
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	PROVEEDORES DE LA RED DESIGNADOS	FUERA DE LA RED
Tratamiento contra la esterilidad Tiene cobertura para el diagnóstico y tratamiento de la causa subyacente de la esterilidad.	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba.	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba.
Servicios integrales para la esterilidad relativa Inseminación artificial e inducción de la ovulación.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Tecnología de reproducción asistida 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.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Vasectomía	El costo compartido depende del tipo de servicio y el lugar donde lo reciba.	40 % después del deducible.
Ligadura de trompas	Cobertura del 100 %, sin deducible.	40 % después del deducible.

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
 PROPORCIONADO POR TEXAS HEALTH AND AETNA HEALTH PLAN, INC.**

FARMACIA	DENTRO DE LA RED	FUERA 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.	20 % del costo presentado después del costo compartido aplicable dentro de la red.
Orden por correo	Copago de \$30.	20 % del costo presentado después del costo compartido aplicable dentro de la red.
Medicamentos de marca preferidos		
Al por menor	Copago de \$30.	20 % del costo presentado después del costo compartido aplicable dentro de la red.
Orden por correo	Copago de \$60.	20 % del costo presentado después del costo compartido aplicable dentro de la red.
Medicamentos de marca y genéricos no preferidos		
Al por menor	Copago de \$60.	20 % del costo presentado después del costo compartido aplicable dentro de la red.
Orden por correo	Copago de \$120.	20 % del costo presentado después del costo compartido aplicable dentro de la red.
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.
- 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.

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
PROPORCIONADO POR TEXAS HEALTH AND AETNA HEALTH PLAN, INC.**

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.

** Cubrimos el costo de los servicios según los médicos brinden servicios dentro o fuera de la red. Queremos ayudarlo a comprender cuánto pagamos por su cuidado fuera de la red. Al mismo tiempo, queremos dejar en claro cuánto más deberá pagar usted por este cuidado fuera de la red.

Usted puede elegir un proveedor (médico u hospital) de nuestra red o visitar a un proveedor fuera de la red. Si elige un médico fuera de la red, su plan de salud puede pagar parte de la factura del profesional. En la mayoría de los casos, usted pagará mucho más dinero de su bolsillo si elige visitar a un médico u hospital que no pertenecen a la red.

Cuando usted elige el cuidado fuera de la red, limitamos el monto que paga el plan. Este límite se denomina “monto reconocido” o “monto permitido”.

- Para médicos y otros profesionales, el monto está basado en lo que paga Medicare por esos servicios. El Gobierno establece la tarifa de Medicare. La cantidad exacta que reconocemos depende del plan que usted o su empleador elijan.

- Para hospitales y otros centros, el monto está basado en lo que paga Medicare por esos servicios. El Gobierno establece la tarifa de Medicare. La cantidad exacta que reconocemos depende del plan que usted o su empleador elijan.

El médico fija su propia tarifa para cobrarle. Esta puede ser más alta (a veces mucho más alta) de lo que su plan reconoce. El médico puede facturarle el monto en dólares que no reconocemos. Además, usted debe pagar todo copago, coseguro y deducible estipulados en el plan. Los montos en dólares que superen el cargo reconocido no cuentan para alcanzar los desembolsos o deducibles máximos que le corresponden. Para obtener más información sobre cómo pagamos los beneficios fuera de la red, visite nuestro sitio web.

Usted puede evitar estos costos adicionales si recibe cuidado de los proveedores del cuidado de la salud que forman parte de la amplia red de Aetna. Visite www.aetna.com y haga clic en “Find a Doctor” (Buscar un médico) en el lado izquierdo de la página. Si ya es miembro, ingrese en Navigator, el sitio web para miembros.

Lo anterior tiene aplicación cuando usted elige recibir cuidado fuera de la red. En caso de que no tenga opción (por ejemplo, en una visita a la sala de emergencias después de un accidente en automóvil o para recibir otros servicios de emergencia), pagaremos la factura como si hubiera recibido cuidado dentro de la red. Usted paga el costo compartido y los deducibles que corresponden a su nivel de beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros si el proveedor le solicita que pague un costo mayor. Más allá de su costo compartido y sus deducibles, usted no es responsable de ningún saldo pendiente facturado por sus proveedores en relación con servicios de emergencia.

Esta manera de pagar a los médicos y hospitales fuera de la red aplica cuando usted elige recibir cuidado fuera de la red. En caso de que usted no tenga opción (por ejemplo, en una visita a la sala de emergencias después de un accidente en automóvil), pagaremos la factura como si hubiera recibido cuidado dentro de la red. Usted paga los copagos y los deducibles del plan que corresponden a su nivel de beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros si el proveedor le solicita que pague un costo mayor. Más allá de sus copagos y sus deducibles, usted no es responsable de ningún saldo pendiente facturado por sus proveedores en relación con servicios de emergencia.

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.

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
PROPORCIONADO POR TEXAS HEALTH AND AETNA HEALTH PLAN, INC.**

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.
- 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**.

**DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN
PROPORCIONADO POR TEXAS HEALTH AND AETNA HEALTH PLAN, INC.**

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.