



PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Limitaciones de los beneficios: Para los servicios o suministros que estén sujetos a un máximo de visitas, días o límite de dólares sobre la base de un año, el año de beneficios comienza el 1.º de enero, a menos que se exija de otra manera. Consulte los documentos de su plan para obtener más información.		
Deducible (por año calendario)	\$750 Individual \$2,250 Familiar	\$750 Individual \$2,250 Familiar
<p>Todos los gastos cubiertos se acumulan simultáneamente para el deducible dentro y fuera de la red. A menos que se indique de otra manera, el deducible debe completarse antes de que los beneficios sean pagaderos. El costo compartido del miembro para ciertos servicios, como se indica en el plan, se excluye de los cargos para completar el deducible. Los gastos de farmacia no se aplican para el deducible. El deducible familiar es un deducible acumulado para todos los miembros de la familia. El deducible familiar se puede cumplir por una combinación de miembros de la familia; sin embargo, ningún miembro de la familia estará sujeto a un monto mayor que aquel correspondiente al monto deducible individual.</p>		
Coseguro del miembro	20 %	40 %
Se aplica a todos los gastos, a menos que se especifique de otra manera.		
Límite de pago (por año calendario)	\$2,000 Individual \$5,000 Familiar	\$3,500 Individual \$8,750 Familiar
<p>Todos los gastos cubiertos se acumulan simultáneamente para el límite de pago dentro y fuera de la red. Ciertos costos compartidos de los miembros pueden no ser aplicables para el límite de pago. Los gastos de farmacia se aplican para el límite de pago. Solo aquellos gastos de desembolso resultantes de la aplicación del porcentaje de coseguro, de los copagos y de los deducibles (excepto cualquier monto por multa) pueden utilizarse para satisfacer el límite de pago. El límite de pago familiar es un límite de pago acumulativo para todos los miembros de la familia. El límite de pago familiar se puede cumplir por una combinación de miembros de la familia; sin embargo, ningún individuo de la familia estará sujeto a más del monto de límite de pago individual.</p>		
Máximo de por vida	Sin límite, excepto donde se indique lo contrario.	
Pago por atención fuera de la red**	No aplica.	Profesional: 200 % de Medicare Centro de salud: 250% de Medicare
Selección de médico de cuidado primario	Opcional	No aplica.
Requerimientos de certificación:		
<p>Debe obtenerse certificación para ciertos tipos de atención fuera de la red con el fin de evitar una reducción en los beneficios pagados por dicha atención. Se requiere certificación para admisiones en hospitales, admisiones en centros de tratamiento, admisiones en centros de convalecencia, atención médica domiciliaria, atención en hospicio y servicio privado de enfermería; el monto excluido que se aplica separadamente a cada tipo de gasto es de \$400 por ocurrencia.</p>		
Requerimiento de remisión	Ninguno	Ninguno



PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

ATENCIÓN PREVENTIVA	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Exámenes físicos de rutina a adultos/vacunas 1 examen cada 12 meses hasta los 65 años de edad y 1 examen cada 12 meses para adultos de 65 años de edad y mayores	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Exámenes de rutina a niños sanos (Well Child)/vacunas 7 exámenes en los primeros 12 meses de vida, 3 exámenes entre los meses 13 y 24, 3 exámenes entre los meses 25 y 36, 1 examen por año hasta los 22 años de edad.	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Exámenes de atención ginecológica de rutina 1 examen ginecológico/obstétrico y 1 citología por año.	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Mamografías de rutina	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Salud de la mujer Incluye examen de diabetes gestacional; prueba de ADN del VPH (virus del papiloma humano); asesoramiento para infecciones de transmisión sexual; asesoramiento y examen del virus de inmunodeficiencia humana; asesoramiento y evaluación para violencia doméstica e interpersonal; apoyo, suministros y asesoramiento relacionados con el amamantamiento. Pueden existir limitaciones para métodos contraceptivos, procedimientos de esterilización, asesoramiento y educación para pacientes.	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Examen de tacto rectal de rutina Se recomienda para varones con cobertura de 40 años de edad y mayores.	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Prueba de antígeno específico prostático Se recomienda para varones con cobertura de 40 años de edad y mayores.	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Examen de cáncer colorectal Se recomienda para todos los miembros a partir de los 45 años de edad.	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Examen rutinario de ojos 1 examen de rutina cada 12 meses	Copago de \$20 por visita al consultorio; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Examen rutinario de audición	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
ATENCIÓN MÉDICA	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Visitas al consultorio de no especialistas Incluye servicios de un internista, médico general, médico de familia o pediatra.	Copago de \$20 por visita al consultorio; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Visitas al consultorio de especialista	Copago de \$20 por visita al consultorio; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Exámenes de audición 1 examen de rutina cada 24 meses.	Copago de \$20; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Atención prenatal	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Clínicas sin cita previa	Copago de \$20 por visita al consultorio; deducible exonerado	40 %; después del deducible
	Clínicas sin cita previa designadas Cobertura del 100 %; deducible exonerado	



PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

Las clínicas sin cita previa son centros de atención de salud independientes que (a) pueden estar ubicados en una farmacia, supermercado u otra tienda minorista; y (b) brindar atención y servicios médicos limitados de manera programada o no programada. Los centros de atención de urgencia, las salas de emergencias, el departamento de atención ambulatoria de un hospital, los centros quirúrgicos ambulatorios y los consultorios de médicos no se consideran clínicas sin cita previa.

Pruebas de alergias	Su costo compartido se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta.	Su costo compartido se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta.
Inyecciones para alergias	Su costo compartido se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta.	Su costo compartido se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta.
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Rayos X para diagnóstico (Distintos de servicios de imágenes complejas)	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Si los estudios son practicados como parte de la visita al consultorio y facturados por el médico, los gastos están cubiertos según el costo compartido del miembro aplicable a la visita al consultorio.		
Laboratorio de diagnóstico	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Si los estudios son practicados como parte de la visita al consultorio y facturados por el médico, los gastos están cubiertos según el costo compartido del miembro aplicable a la visita al consultorio.		
Servicios de imágenes complejas para diagnóstico	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Si los estudios son practicados como parte de la visita al consultorio y facturados por el médico, los gastos están cubiertos según el costo compartido del miembro aplicable a la visita al consultorio.		
ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Proveedor de atención urgente	Copago de \$25 por visita al consultorio; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Uso no urgente de un proveedor de atención urgente	No está cubierto.	No está cubierto.
Sala de emergencias	20 % después de copago de \$100; deducible exonerado	Igual a la atención dentro de la red
Copago exonerado si hay admisión.		
Atención que no es de emergencia en sala de emergencias	50 %, después del deducible	50 %, después del deducible
Uso de ambulancia en casos de emergencia	20 % después de copago de \$100; después del deducible	Igual a la atención dentro de la red
Uso de ambulancia en casos que no son de emergencia	No está cubierto.	No está cubierto.
ATENCIÓN EN HOSPITAL	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Cobertura de hospitalización	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su estadía en el hospital.		
Cobertura hospitalaria por maternidad (incluye atención durante el parto y después de este)	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su estadía en el hospital.		
Gastos de hospital ambulatorios	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su visita ambulatoria.		
Cirugía ambulatoria – En hospital	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su visita ambulatoria.		



PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

Cirugía ambulatoria - Centro independiente	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su visita ambulatoria.		
SERVICIOS DE SALUD MENTAL	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Internación por salud mental	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su estadía en el hospital.		
Visitas al consultorio por salud mental	Copago de \$20; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su visita ambulatoria.		
Otros servicios de salud mental	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
ABUSO DE SUSTANCIAS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Internación por abuso de sustancias	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su estadía en el hospital.		
Centros residenciales de tratamiento	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Visitas al consultorio por abuso de sustancias	Copago de \$20; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su visita ambulatoria.		
Otros servicios por abuso de sustancias	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
OTROS SERVICIOS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Centro de enfermería especializada	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Limitado a 60 días por año Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su estadía en el hospital.		
Atención domiciliaria	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Limitado a 120 visitas por año. Servicio privado de enfermería no incluido. Limitado a 3 visitas intermitentes por día por una agencia de atención domiciliaria participante; 1 visita equivale a un período de 4 horas o menos		
Atención en hospicio - Internado	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su estadía en el hospital.		
Atención en hospicio - Ambulatorio	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su visita ambulatoria.		
Servicio privado de enfermería - Ambulatorio	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Limitado a 70 turnos de ocho horas por año. Cada período de servicio privado de enfermería de hasta 8 horas será considerado un turno de enfermería privada.		



PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

Terapia del habla para rehabilitación ambulatoria	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Terapia ambulatoria – Física y ocupacional	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Terapia de manipulación de columna vertebral	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Terapia física para habilitación	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Terapia ocupacional para habilitación	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Terapia del habla para habilitación	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Terapia del comportamiento para casos de autismo	Copago de \$20; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Tiene igual cobertura que cualquier otro beneficio de salud mental ambulatorio.		
Análisis aplicado del comportamiento para casos de autismo	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Tiene igual cobertura que cualquier beneficio de otros servicios de salud mental ambulatoria.		
Terapia física para casos de autismo	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Terapia ocupacional para casos de autismo	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Terapia del habla para casos de autismo	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Equipo médico duradero	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Ortótica	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
La ortótica y el calzado especial están cubiertos para personas con deformación del pie.		
Suministros para diabéticos - (Si no está cubierto como beneficios de farmacia.)	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos.	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos.
Según la Affordable Care Act (ley de atención accesible), se exigían contraceptivos para mujeres	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	Tiene igual cobertura que otros gastos.
Medicamentos y dispositivos contraceptivos para mujeres que no se consiguen en una farmacia	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	Tiene igual cobertura que otros gastos.
Terapia de infusión Suministrada en el domicilio o en el consultorio médico	Copago de \$20; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Terapia de infusión Suministrada en un departamento hospitalario para atención ambulatoria o en un centro independiente	Su costo compartido se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta.	Su costo compartido se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta.
Accesorios para la visión	Cobertura del 100 % hasta \$250 cada 24 meses	Cobertura del 100 % hasta \$250 cada 24 meses
Trasplantes	20 %, después del deducible La cobertura preferida es proporcionada únicamente en un centro contratado IOE (Institutos de Excelencia, por sus siglas en inglés).	40 %; después del deducible La cobertura no preferida es proporcionada en un centro no IOE.



PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

Cirugía bariátrica	No está cubierto.	No está cubierto.
Acupuntura Limitado a 10 visitas por año	Copago de \$20; deducible exonerado	40 %; después del deducible
"Otra" atención de salud – Coseguro del miembro del 20 % después del deducible por servicios que no están dentro ni fuera de la red.		
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Tratamiento de infertilidad	Su costo compartido se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta.	Su costo compartido se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta.
Diagnóstico y tratamiento solo de la condición médica subyacente.		
Servicios completos para infertilidad Inseminación artificial e inducción de la ovulación	No está cubierto.	No está cubierto.
Tecnología reproductiva de avanzada (ART) Fertilización in vitro, transferencia intrafalopiana de cigotos, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia de embriones criopreservados, inyección de esperma intracitoplasmática o microcirugía de óvulos.	No está cubierto.	No está cubierto.
Vasectomía	Su costo compartido se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta.	40 %; después del deducible
Ligadura de trompas	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
FARMACIA	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Tipo de plan de farmacia	Plan de control avanzado de Aetna	
Medicamentos genéricos preferidos		
Al por menor	Copago de \$15	30 % del costo presentado Máximo de \$250
Orden por correo	Copago de \$30	30 % del costo presentado
Medicamentos de marca preferidos		
Al por menor	Copago de \$30	30 % del costo presentado Máximo de \$250
Orden por correo	Copago de \$60	30 % del costo presentado
Medicamentos de marca y genéricos no preferidos		
Al por menor	Copago de \$45	30 % del costo presentado Máximo de \$250
Orden por correo	Copago de \$90	30 % del costo presentado
Farmacia (requisitos y suministros por día)		
Al por menor	Hasta 30 días de suministro de la red Aetna National Network	
Orden por correo	Un suministro de 31 a 90 días de CVS Caremark® Mail Service Pharmacy	
De especialidad	Suministro de hasta 30 días La primera receta debe abastecerse en cualquier farmacia al por menor o de especialidad. Posteriormente, las recetas deben abastecerse a través de nuestra red de farmacias de especialidad preferidas. Lista para asegurados de Aetna de Advanced Control Formulary	



PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

Elija genéricos haciendo caso omiso de la leyenda “entregar tal como se prescribe” (DAW): El miembro paga el copago aplicable. Si el médico requiere un medicamento de marca, el miembro paga el copago por medicamentos de marca. Si el miembro solicita un medicamento de marca determinado cuando existe uno genérico, el miembro paga el copago aplicable más la diferencia entre el precio del genérico y el del producto de marca.

El plan incluye: suministros para diabéticos y medicamentos y dispositivos contraceptivos que se consiguen en farmacias.

Contraceptivos cubiertos para un suministro de hasta 12 meses. Se aplica una estrategia de copago para contraceptivos.

Incluye medicamentos para la disfunción sexual en hombres y mujeres, incluida la dosis diaria y 6 tabletas adicionales por mes para tratar la disfunción eréctil en hombres.

Se incluyen medicamentos orales de fertilidad.

Se cubre una lista limitada de medicamentos de venta libre cuando se abastecen con receta.

Los medicamentos para la quimioterapia oral tienen una cobertura del 100 %.

Se incluyen precertificación y límites de cantidad.

Formulario de control avanzado para la terapia escalonada asegurada por Aetna

Las vacunas estacionales están cubiertas al 100 % dentro de la red.

Las vacunas preventivas están cubiertas al 100 % dentro de la red.

Según la Affordable Care Act (ley de atención accesible), los contraceptivos y medicamentos preventivos para mujeres estaban cubiertos al 100 % dentro de la red.

Deducible para medicamentos con receta por año (debe completarse antes de que se pague cualquier beneficio por medicamentos)	\$100 Individual	\$100 Individual
	\$200 Familiar	\$200 Familiar

Todos los gastos de farmacia cubiertos se acumulan para el deducible de farmacia preferido y el no preferido. A menos que se indique de otra manera, el deducible de farmacia debe completarse antes de que los beneficios de farmacia sean pagaderos. Cuando se cumpla el deducible familiar de farmacia, se considerará que todos los miembros de la familia han completado sus deducibles de farmacia para lo que reste del año.

PROVISIONES GENERALES

Elegibilidad de dependientes 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 estén “dentro de la red” o “fuera de la red”. Queremos ayudarlo a comprender cuánto pagamos por su atención fuera de la red. Al mismo tiempo, queremos dejar en claro cuánto más deberá pagar usted por esta atención “fuera de la red”.

Usted puede elegir un proveedor (médico u hospital) de nuestra red. También puede decidir visitar a un proveedor fuera de la red. Si elige un médico que está fuera de la red, su plan de salud puede pagar parte de la factura del médico. 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 la atención 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 nosotros “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 nosotros “reconocemos” depende del plan que usted o su empleador elijan.



PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

El médico fija su propia tarifa para cobrarle. Esta puede ser más alta (a veces mucho más alta) que lo que su plan “reconoce”. El médico puede facturarle el monto en dólares que nosotros 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 en Internet.

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

Esto tiene aplicación cuando usted elige recibir atención 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 o para recibir otros servicios de emergencia), pagaremos la factura como si hubiera recibido atención 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 forma de pago a médicos y hospitales fuera de la red tiene aplicación cuando usted elige recibir atención 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 atención dentro de la red. Usted paga los copagos, los deducibles y el coseguro 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, deducibles y coseguro, usted no es responsable de ningún saldo pendiente facturado por sus proveedores en relación con servicios de emergencia.

Los planes son ofrecidos por Aetna Life Insurance Company. Aunque creemos que este material es correcto en la fecha de elaboración, está sujeto a cambios.

Los beneficios y los planes 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 beneficios, exclusiones, limitaciones y condiciones de cobertura. Las características y la disponibilidad del plan pueden variar de acuerdo con el lugar y están sujetas a cambio. Es posible que usted deba pagar todos los costos de los servicios no cubiertos prestados por los proveedores de atención de salud, inclusive en circunstancias en las que haya excedido el límite de beneficios del plan. Los proveedores son contratistas independientes y no son nuestros agentes. La participación de los proveedores puede modificarse sin previo aviso. No proporcionamos atención ni garantizamos acceso a servicios de salud.

Si su plan requiere la selección de un médico de cuidado primario y su médico de cuidado primario forma parte de un sistema integrado de entrega o de un grupo de médicos, su médico de cuidado primario generalmente lo remitirá a especialistas y hospitales afiliados al sistema de entrega o al grupo de médicos.



PLAN DESIGN & BENEFITS
MEDICAL PLAN PROVIDED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

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 o en el diseño del plan, o en las opciones adicionales adquiridas por su empleador.

- Todos los servicios médicos u hospitalarios que no están cubiertos específicamente en los documentos del plan, o que han sido limitados o excluidos de éste
- Cirugía cosmética, incluyendo reducción del seno
- Cuidado de custodia
- Atención dental y radiografías dentales
- Extracción de ovocitos a donante
- Procedimientos experimentales y en investigación, excepto para la cobertura de los costos de la atención médica necesaria de rutina a los pacientes miembros que participan en ensayos clínicos contra el cáncer
- Audífonos
- Partos en la casa
- Vacunas para viajes o empleos, excepto en los casos que sean médicamente necesarias o indicadas
- Medicamentos implantables y ciertos medicamentos inyectables incluyendo medicamentos inyectables para la infertilidad
- Servicios para la infertilidad incluyendo la inseminación artificial y tecnologías reproductivas de avanzada tales como IVF, ZIFT, GIFT, ICSI y otros servicios relacionados, a menos que figuren 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), excepto que estén cubiertos por una opción adicional de medicamentos con receta y de venta libre (excepto cuando se proveen en un hospital) y suministros
- Queratotomía radial o procedimientos relacionados
- Reversión de esterilización
- Servicios para el tratamiento de la disfunción sexual o para mejorar el rendimiento incluyendo terapia, suministros, consejería o medicamentos con receta.
- Servicio especial de enfermería
- Terapias o rehabilitaciones distintas de las que figuran como cubiertas en los documentos del plan
- Servicios para el control de peso, incluyendo procedimientos quirúrgicos, tratamientos médicos, programas de pérdida/control de peso, regímenes y suplementos alimenticios, supresores del apetito y otras medicaciones; 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, incluyendo la obesidad mórbida, o cuyo propósito es reducir el peso, sin importar la existencia de condiciones comórbidas.

En casos de emergencia, llame al 911 o a su línea directa local para emergencias, o diríjase directamente a un centro de atención de emergencia.

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

Puede estar disponible la traducción de este material en otro idioma. Por favor llame a Servicios al Miembro al 1-888-982-3862.

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

Si desea obtener más información sobre los planes de Aetna, consulte en www.aetna.com.

Tanto Aetna como MinuteClinic, LLC (que se encarga del funcionamiento o de la prestación de ciertos servicios de respaldo para la administración de clínicas sin cita previa de MinuteClinic), son parte de la familia de CVS Health.

© 2014 Aetna Inc.