



**PLAN DESIGN & BENEFITS  
 PROVIDED BY AETNA HEALTH INC. - FULL RISK**

<b>CARACTERÍSTICAS DEL PLAN</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>Limitaciones de beneficios: Algunos servicios o suministros tienen límites por año. Es posible que exista una cantidad máxima de visitas o días, o un límite en dólares por año. En esos casos, el año de beneficios comenzará el 1.o de enero (a menos que se indique lo contrario). Consulte los documentos de su plan para obtener más información.</b>	
<b>Deducible (por año calendario)</b>	\$250 por persona \$500 por familia
Primero debe alcanzar el deducible antes de que el plan comience a pagar los beneficios, a menos que se indique lo contrario. El monto que 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 tienen en cuenta para alcanzar el deducible. Consulte los documentos de su plan para obtener más 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 tendrá que pagar más que el monto del deducible individual.	
<b>Límite de desembolso (por año calendario)</b>	\$3,000 por persona \$9,000 por familia
Los gastos cubiertos dentro de la red se acumulan para su límite de desembolso dentro de la red. Los gastos cubiertos fuera de la red se acumulan para su límite de desembolso fuera de la red. Es posible que algunos de sus costos compartidos no se tengan en cuenta para el límite de desembolso. Los gastos de farmacia se tienen en cuenta para su 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 tendrá que pagar más que el monto del límite de desembolso.	
<b>Máximo de por vida</b>	Sin límite, excepto donde se indique lo contrario.
<b>Selección de médico de cuidado primario</b>	Requerido
<b>Requerimiento de remisión</b>	Necesitará una remisión del médico de cuidado primario para obtener la mayoría de los servicios dentro de la red.
<b>Consultas de telesalud: Puede obtener acceso a servicios cubiertos para visitas de telesalud de diferentes tipos de proveedores de su plan. Inicie sesión en Aetna.com para consultar la lista de proveedores de telesalud. También encontrará más información sobre sus opciones, incluidos los montos de costos compartidos.</b>	
<b>ATENCIÓN PREVENTIVA</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>Exámenes físicos de rutina a adultos/vacunas</b> 1 examen cada 12 meses	Cobertura del 100 %; sin deducible
<b>Exámenes de rutina a niños sanos (Well Child)</b> • 7 exámenes en los primeros 12 meses • 3 exámenes de 13 a 24 meses de edad • 3 exámenes de 25 a 36 meses de edad • 1 examen cada 12 meses a partir de entonces hasta los 22 años	Cobertura del 100 %; sin deducible
<b>Vacunas de la infancia</b>	Cobertura del 100 %; sin deducible
<b>Exámenes de atención ginecológica de rutina</b> 1 examen y prueba de PAP por año, incluidos los costos relacionados	Cobertura del 100 %; sin deducible
<b>Mamografía de rutina</b> Se recomienda 1 por año para miembros mayores de 40 años de edad.	Cobertura del 100 %; sin deducible



**PLAN DESIGN & BENEFITS  
PROVIDED BY AETNA HEALTH INC. - FULL RISK**

<b>Salud de la mujer</b>	Cobertura del 100 %; sin deducible
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.	
También se incluye lo siguiente: métodos anticonceptivos (anticonceptivos exigidos por la ACA, incluidos los anticonceptivos y los dispositivos que no se pueden obtener en una farmacia), procedimientos de esterilización (incluida la ligadura de trompas), educación y asesoramiento para el paciente. Pueden aplicarse límites.	
<b>Atención prenatal</b>	Cobertura del 100 %; sin deducible
<b>Examen de tacto rectal de rutina/Prueba de antígeno específico prostático</b>	Cobertura del 100 %; sin deducible
Se recomienda para miembros mayores de 40 años de edad.	
<b>Examen de cáncer colorectal</b>	Cobertura del 100 %; sin deducible
Se recomienda para todos los miembros a partir de los 45 años de edad. Aplican límites de frecuencia.	
<b>Examen rutinario de ojos</b>	Cobertura del 100 %; sin deducible
1 examen de rutina cada 24 meses. Acceso directo a proveedores participantes sin remisión	
<b>Examen rutinario de audición</b>	Cobertura del 100 %; sin deducible
<b>ATENCIÓN MÉDICA</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>Visitas al médico de cuidado primario</b>	Copago de \$20 por visita al consultorio; sin deducible
Incluye servicios de un internista, médico general, médico de familia o pediatra.	
<b>Consulta de telesalud con un proveedor no especialista</b>	Copago de \$20 por visita al consultorio; sin deducible
<b>Visitas al consultorio de especialista</b>	Copago de \$40 por visita al consultorio; sin deducible
<b>Consulta de telesalud con un proveedor especialista</b>	Copago de \$40 por visita al consultorio; sin deducible
<b>Clínicas sin cita previa</b>	Copago de \$20; sin deducible
<b>Clínicas sin cita previa designadas</b> Cobertura del 100 %; sin deducible	
Las clínicas sin cita previa son centros de cuidado de salud independientes. Pueden encontrarse en una farmacia, una tienda de productos generales y de farmacia, un supermercado o en otra tienda al por menor. Ofrecen algunos cuidados y servicios médicos limitados. Clínicas que no son sin cita previa: centros de cuidado de urgencia, salas de emergencias, el departamento de cuidado ambulatorio de un hospital, centros de cirugía ambulatoria y consultorios médicos.	
<b>Pruebas de alergias</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
<b>Inyecciones para alergias</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe. Cobertura del 100 % cuando no se cobra la visita al consultorio.
<b>PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>Rayos X para diagnóstico (Distintos de servicios de imágenes complejas)</b>	Copago de \$40; sin deducible
Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.	
<b>Laboratorio de diagnóstico</b>	Copago de \$40; sin deducible
Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.	



**PLAN DESIGN & BENEFITS  
 PROVIDED BY AETNA HEALTH INC. - FULL RISK**

<b>Servicios de imágenes complejas para diagnóstico</b>	Copago de \$40; sin deducible
Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.	
<b>ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>Proveedor de atención urgente</b>	Copago de \$25 por visita al consultorio; sin deducible
<b>Uso no urgente de un proveedor de atención urgente</b>	No está cubierto.
<b>Sala de emergencias</b>	Copago de \$200; sin deducible
Copago exonerado si hay admisión.	
<b>Atención que no es de emergencia en sala de emergencias</b>	No está cubierto.
<b>Uso de ambulancia en casos de emergencia</b>	Cobertura del 100 %; sin deducible
<b>Uso de ambulancia en casos que no son de emergencia</b>	No está cubierto.
<b>ATENCIÓN EN HOSPITAL</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>Cobertura de hospitalización</b>	Copago de \$100 por día durante los primeros 3 días por internación, cobertura posterior del 100 %; después del deducible
Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	
<b>Cobertura hospitalaria por maternidad (incluye atención durante el parto y después de este)</b>	Cobertura del 100 % por servicios del médico para maternidad; sin deducible; Cobertura del 100 % para servicios del centro; sin deducible
Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	
<b>Atención ambulatoria en hospital</b>	Copago de \$200; después del deducible
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>En hospital</b>	Copago de \$100 por día durante los primeros 3 días por internación, cobertura posterior del 100 %; después del deducible
Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	
<b>Visitas al consultorio por salud mental</b>	Copago de \$40; sin deducible
<b>Consultas de telesalud sobre salud mental</b>	Copago de \$40 por visita al consultorio; sin deducible
<b>Otros servicios de salud mental</b>	Cobertura del 100 %; sin deducible
Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	



**PLAN DESIGN & BENEFITS  
PROVIDED BY AETNA HEALTH INC. - FULL RISK**

<b>ABUSO DE SUSTANCIAS</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>En hospital</b> Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	Copago de \$100 por día durante los primeros 3 días por internación, cobertura posterior del 100 %; después del deducible
<b>Centros residenciales de tratamiento</b> Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	Copago de \$100 por día durante los primeros 3 días por internación, cobertura posterior del 100 %; después del deducible
<b>Visitas al consultorio por abuso de sustancias</b>	Copago de \$40; sin deducible
<b>Consultas de telesalud sobre abuso de sustancias</b>	Copago de \$40 por visita al consultorio; sin deducible
<b>Otros servicios por abuso de sustancias</b> Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	Cobertura del 100 %; sin deducible
<b>SERVICIOS DE TERAPIA</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>Atención de quiropráctico</b> Acceso directo a proveedores participantes sin remisión	Copago de \$40; sin deducible
<b>Rehabilitación ambulatoria a corto plazo</b> Limitado a 60 visitas por año Incluye terapia del habla, física y ocupacional.	Copago de \$40; sin deducible
<b>Terapia física para habilitación</b>	Consulte el beneficio de salud mental del comportamiento en servicios ambulatorios de salud mental.
<b>Terapia ocupacional para habilitación</b>	Consulte el beneficio de salud mental del comportamiento en servicios ambulatorios de salud mental.
<b>Terapia del habla para habilitación</b>	Consulte el beneficio de salud mental del comportamiento en servicios ambulatorios de salud mental.
<b>Terapia física relacionada con el autismo</b>	Consulte el beneficio de salud mental del comportamiento en servicios ambulatorios de salud mental.
<b>Terapia ocupacional relacionada con el autismo</b>	Consulte el beneficio de salud mental del comportamiento en servicios ambulatorios de salud mental.
<b>Terapia del habla relacionada con el autismo</b>	Consulte el beneficio de salud mental del comportamiento en servicios ambulatorios de salud mental.
<b>Terapia de salud emocional y psicológica relacionada con el autismo</b> Estos beneficios se combinan con visitas de salud mental ambulatorias.	Consulte el beneficio de salud mental del comportamiento en servicios ambulatorios de salud mental.
<b>Análisis aplicado del comportamiento relacionado con el autismo</b> Sus beneficios para estos servicios son los mismos que cualquier otro beneficio de salud mental ambulatorio descrito en "Otros servicios".	Consulte el beneficio de salud mental del comportamiento en otros servicios de salud mental ambulatoria.



**PLAN DESIGN & BENEFITS  
PROVIDED BY AETNA HEALTH INC. - FULL RISK**

<b>OTROS SERVICIOS</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>Centro de enfermería especializada</b> Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	Copago de \$100 por día durante los primeros 3 días por internación, cobertura posterior del 100 %; después del deducible
<b>Atención domiciliaria</b> Limitado a 120 visitas por año. Se limita a tres visitas por día por parte del personal de una agencia de cuidado de salud en el hogar. Una visita equivale a un período de cuatro horas o menos.	Copago de \$40; sin deducible
<b>Atención en hospicio - Internado</b> Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	Copago de \$100 por día durante los primeros 3 días por internación, cobertura posterior del 100 %; después del deducible
<b>Atención en hospicio - Ambulatorio</b> Cuando recibe cuidado ambulatorio en un centro, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	Cobertura del 100 %; sin deducible
<b>Equipo médico duradero</b>	Cobertura del 100 %; sin deducible
<b>Prótesis</b>	Cobertura del 100 %; sin deducible
<b>Suministros para diabéticos (si no están cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta)</b>	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos.  Usted paga el costo compartido de sus medicamentos con receta si tiene cobertura de medicamentos con receta. De lo contrario, paga el costo compartido de la visita al médico de cuidado primario.
<b>Audífonos</b> 1 audífono por oído, hasta un máximo de \$1,000 por oído, cada 3 años, para los dependientes cubiertos menores de 18 años de edad.	20%; sin deducible
<b>Trasplantes</b>	Copago de \$100 por día durante los primeros 3 días por internación, cobertura posterior del 100 %; después del deducible La cobertura dentro de la red solo está disponible en los centros contratados IOE (Institutes of Excellence™).
<b>Cirugía bariátrica</b> Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	Copago de \$100 por día durante los primeros 3 días por internación, cobertura posterior del 100 %; después del deducible
<b>Acupuntura</b> Limitado a 20 visitas por año.	Copago de \$20; sin deducible
<b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>	
<b>DENTRO DE LA RED</b>	
<b>Tratamiento de infertilidad</b> Tiene cobertura para el diagnóstico y el tratamiento de la causa subyacente de la esterilidad.	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
<b>Servicios completos para infertilidad</b> Inseminación artificial e inducción de la ovulación	No está cubierto.
<b>Tecnología reproductiva de avanzada (ART)</b> 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.
<b>Vasectomía</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
<b>Ligadura de trompas</b>	Cobertura del 100 %; sin deducible



**PLAN DESIGN & BENEFITS  
 PROVIDED BY AETNA HEALTH INC. - FULL RISK**

<b>BENEFICIOS POR MEDICAMENTOS CON RECETA</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>
<b>Tipo de plan de farmacia</b>	Plan de control avanzado de Aetna
<b>Límite de desembolso para medicamentos con receta</b>	Los gastos de medicamentos con receta se aplican al límite de desembolso médico.
<b>Medicamentos genéricos preferidos</b>	
<b>Al por menor</b>	Copago de \$20
<b>Orden por correo</b>	Copago de \$40
<b>Medicamentos de marca preferidos</b>	
<b>Al por menor</b>	Copago de \$40
<b>Orden por correo</b>	Copago de \$80
<b>Medicamentos de marca y genéricos no preferidos</b>	
<b>Al por menor</b>	Copago de \$70
<b>Orden por correo</b>	Copago de \$140
<b>Medicamentos de especialidad</b>	
<b>Medicamentos de especialidad preferidos</b>	20 %  Máximo de \$250
<b>Medicamentos de especialidad no preferidos</b>	20 %  Máximo de \$250
<b>Farmacia (requisitos y suministros por día)</b>	
<b>Al por menor</b>	Puede obtener un suministro de hasta 30 días de la red nacional de Aetna. Para un suministro de 31 a 90 días, usted será responsable del copago de medicamentos de orden por correo.
<b>Orden por correo</b>	Puede obtener un suministro de 31 a 90 días de CVS Caremark® Mail Service Pharmacy.
<b>De especialidad</b>	Puede obtener un suministro de medicamentos de especialidad de hasta 30 días. Lista para asegurados de Aetna de Advanced Control Formulary

**Su plan de medicamentos con receta también incluye:**

- Suministros para diabéticos
- Copago máximo de \$25 por abastecimiento, por un suministro de 30 días de insulina incluida en el Formulario
- Medicamentos para la disfunción sexual, incluida la dosis diaria y 6 comprimidos adicionales por mes para la disfunción eréctil.
- Una lista limitada de medicamentos sin receta cuando se obtienen con una receta.

**PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

- Se incluyen medicamentos orales para la fertilidad.

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

- Medicamentos quimioterapéuticos orales.
  - Vacunas estacionales.
  - Vacunas preventivas.
  - Medicamentos preventivos que cumplen con los requisitos según la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA)
- Para obtener una lista completa de los medicamentos con receta que cumplen con los requisitos, visite [Aetna.com](http://Aetna.com).

**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. Para obtener la información más actualizada sobre los requisitos de precertificación y la lista de medicamentos que requieren terapia escalonada, consulte los documentos de su plan o visite el sitio web para miembros.



**PLAN DESIGN & BENEFITS  
PROVIDED BY AETNA HEALTH INC. - FULL RISK**

**PROVISIONES GENERALES**

**Dependientes que cumplen con los requisitos para participar en su plan** Cónyuge e hijos desde el nacimiento hasta los 26 años de edad. No importa la condición de estudiante de los hijos.

**Exclusiones y limitaciones**

Los beneficios de salud y los planes de seguro de salud son ofrecidos o asegurados por Aetna Health Inc. Cada compañía de seguros tiene responsabilidad económica absoluta por sus propios productos.

Este material sólo tiene fines informativos. Los planes de beneficios 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.

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
- Equipo médico duradero
- 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, salvo que sea médicamente necesario o esté indicado
- 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
- Ortótica, excepto ortótica diabética
- 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 disfunción o insuficiencias sexuales incluyendo terapia, suministros o consejería



**PLAN DESIGN & BENEFITS  
PROVIDED BY AETNA HEALTH INC. - FULL RISK**

- Servicio especial de enfermería
- Terapias o rehabilitaciones distintas de las que figuran como cubiertas en los documentos del plan
- Tratamiento de trastornos del comportamiento
- 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.

If you require language assistance, please call the member services number located on your ID card, and you will be connected with the language line if needed; or you may dial direct at 1-888-982-3862 (140 languages are available. You must ask for an interpreter). TDD 1-800-628-3323 (hearing impaired only).

Si requiere la asistencia de un representante que hable su idioma, por favor llame al número de Servicios al Miembro que aparece en su tarjeta de identificación y se le comunicará con la línea de idiomas si es necesario; de lo contrario, puede llamar directamente al 1-888-982-3862 (140 idiomas disponibles. Debe pedir un intérprete). TDD-1-800-628-3323 (sólo para las personas con impedimentos auditivos).

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](http://www.aetna.com). Aunque creemos que este material es correcto en la fecha de elaboración, está sujeto a cambios.

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.

© 2021 Aetna Inc.