



**PLAN DESIGN & BENEFITS**  
**ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Limitaciones de beneficios:</b> 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>Deducible (por año calendario)</b>	\$450 por persona \$1,350 por familia	\$650 por persona \$1,950 por familia
Los gastos cubiertos dentro de la red se acumulan para su deducible dentro de la red. Los gastos cubiertos fuera de la red se acumulan para su deducible fuera de la red. 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>Coseguro del miembro</b>	Usted paga el 15 %	Usted paga el 35%
Se aplica a todos los gastos excepto como se indicó.		
<b>Límite de desembolso (por año calendario)</b>	\$5,000 por persona \$10,000 por familia	\$10,000 por persona \$20,000 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 no se tienen en cuenta para su 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. No se aplican multas. 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>Pago por atención fuera de la red**</b>	No aplica.	Profesional: cargos predominantes Centro de salud: Lista de tarifas de centros
<b>Selección de médico de cuidado primario</b>	Se recomienda	No aplica.
<b>Requisitos de precertificación</b> Algunos servicios fuera de la red requieren nuestra aprobación por adelantado (precertificación). Si no se obtiene esta aprobación, descontamos \$400 del monto de los beneficios. Consulte los documentos de su plan para obtener una lista completa de los servicios que requieren esta aprobación.		
<b>Requerimiento de remisión</b>	No se requiere.	Ninguno
<b>Consultas de telesalud:</b> 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.		
ATENCIÓN PREVENTIVA	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Exámenes físicos de rutina a adultos/vacunas</b> 1 examen cada año	Cobertura del 100 %; sin deducible	30 %, después del deducible

**PLAN DESIGN & BENEFITS**  
**ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

<b>Exámenes de rutina a niños sanos (Well Child)/vacunas</b> • 7 exámenes en los primeros 12 meses • 3 exámenes desde los 13 años de edad durante 24 meses • 3 exámenes desde los 25 años de edad durante 36 meses • 1 examen cada año desde los 3 años hasta los 22 años	Cobertura del 100 %; sin deducible	30 %, después del deducible
<b>Exámenes de atención ginecológica de rutina</b> 1 examen y citología de PAP por año, incluidas las tarifas relacionadas.	Cobertura del 100 %; sin deducible	35%; después del deducible
<b>Mamografía de rutina</b> Se recomienda 1 por año para miembros mayores de 40 años de edad.	Cobertura del 100 %; sin deducible	35%; después del deducible
<b>Salud de la mujer</b> 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.	Cobertura del 100 %; sin deducible	30 %, después del deducible
<b>Atención prenatal</b>	Cobertura del 100 %; sin deducible	35%; después del deducible
<b>Examen de tacto rectal de rutina</b> Se recomienda para miembros mayores de 40 años de edad.	Cobertura del 100 %; sin deducible	35%; después del deducible
<b>Prueba de antígeno específico prostático</b> Se recomienda para miembros mayores de 40 años de edad.	Cobertura del 100 %; sin deducible	35%; después del deducible
<b>Examen de cáncer colorectal</b> Se recomienda para miembros mayores de 45 años de edad.	Cobertura del 100 %; sin deducible	35%; después del deducible
<b>Examen rutinario de ojos</b> 1 examen de rutina por año.	Cobertura del 100 %; sin deducible	35%; después del deducible
<b>Examen rutinario de audición</b>	Cobertura del 100 %; sin deducible	30 %, después del deducible
<b>ATENCIÓN MÉDICA</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Visitas al consultorio de un médico de cuidado primario (PCP)</b> Incluye servicios de un internista, médico general, médico de familia o pediatra.	Copago de \$25 por visita al consultorio; sin deducible	35%; después del deducible
<b>Consulta de telesalud con un proveedor no especialista</b>	Copago de \$25 por visita al consultorio; sin deducible	35%; después del deducible

**PLAN DESIGN & BENEFITS**  
**ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

<b>Visitas al consultorio de especialista</b>	Copago de \$40 por visita al consultorio; sin deducible	35%; después del deducible
<b>Consulta de telesalud con un proveedor especialista</b>	Copago de \$40 por visita al consultorio; sin deducible	35%; después del deducible
<b>Exámenes de audición</b> 1 examen de rutina cada 24 meses.	Cobertura del 100 %; sin deducible	35%; después del deducible
<b>Clínicas sin cita previa</b>	Copago de \$25; sin deducible	35%; después del 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>Consultas de telesalud para servicios que no son de emergencia a través de una clínica sin cita previa</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.	35%; después del deducible
	<b>Clínicas sin cita previa designadas</b> Cobertura del 100 %; sin deducible	
Pagamos exámenes de detección a través de telesalud y servicios de asesoramiento en una clínica sin cita previa como beneficio de cuidado preventivo.		
<b>Pruebas de alergias</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.	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.	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
<b>PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Rayos X para diagnóstico (Distintos de servicios de imágenes complejas)</b>	15 % después del deducible	35%; después del 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>	15 % después del deducible	35%; después del deducible
Cuando el médico presta y factura este servicio en el consultorio, usted paga el costo compartido de su visita al consultorio.		
<b>Servicios de imágenes complejas para diagnóstico</b>	15 % después del deducible	35%; después del 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>FUERA DE LA RED</b>
<b>Proveedor de atención urgente</b>	Copago de \$40 por visita al consultorio; sin deducible	\$40 por visita; sin deducible del plan
<b>Uso no urgente de un proveedor de atención urgente</b>	No está cubierto.	No está cubierto.
<b>Sala de emergencias</b> Copago exonerado si hay admisión.	Copago de \$200; sin deducible	Igual a la atención dentro de la red

**PLAN DESIGN & BENEFITS**  
**ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

<b>Atención que no es de emergencia en sala de emergencias</b>	No está cubierto.	No está cubierto.
<b>Uso de ambulancia en casos de emergencia</b>	Copago de \$200; sin deducible	Igual a la atención dentro de la red
<b>Uso de ambulancia en casos que no son de emergencia</b>	No está cubierto.	No está cubierto.
<b>ATENCIÓN EN HOSPITAL</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Cobertura de hospitalización</b> Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	15 % después del deducible	35%; después del deducible
<b>Cobertura hospitalaria por maternidad (incluye atención durante el parto y después de este)</b> Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	15 % después del deducible	35%; después del deducible
<b>Atención ambulatoria en hospital</b> Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	15 % después del deducible	35%; después del deducible
<b>Cirugía ambulatoria – En hospital</b> Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	15 % después del deducible	35%; después del deducible
<b>Cirugía ambulatoria - Centro independiente</b> Cuando recibe cuidado ambulatorio en un hospital, pero no pasa la noche, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos durante su visita.	15 % después del deducible	35%; después del deducible
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA 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.	15 % después del deducible	35%; después del deducible
<b>Visitas al consultorio por salud mental</b>	Copago de \$40; sin deducible	35%; después del deducible
<b>Consultas de tele salud sobre salud mental</b>	Copago de \$40 por visita al consultorio; sin deducible	35%; después del deducible
<b>Otros servicios de salud mental</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.	15 % después del deducible	35%; después del deducible
<b>ABUSO DE SUSTANCIAS</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA 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.	15 % después del deducible	35%; 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.	15 % después del deducible	35%; después del deducible

**PLAN DESIGN & BENEFITS**  
**ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

<b>Visitas al consultorio por abuso de sustancias</b>	Copago de \$40; sin deducible	35%; después del deducible
<b>Consultas de telesalud sobre abuso de sustancias</b>	Copago de \$40 por visita al consultorio; sin deducible	35%; después del deducible
<b>Otros servicios por abuso de sustancias</b>	15 % después del deducible	35%; después del 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.		
<b>SERVICIOS DE TERAPIA</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Terapia de manipulación de columna vertebral</b> Limitado a 20 visitas por año.	Copago de \$40; sin deducible	35%; después del deducible
<b>Rehabilitación ambulatoria a corto plazo</b> Limitado a 60 visitas por año Incluye terapias física, ocupacional y del habla.	Copago de \$40; sin deducible	35%; después del deducible
<b>Terapia física para habilitación</b>	15 % después del deducible	35%; después del deducible
<b>Terapia ocupacional para habilitación</b>	15 % después del deducible	35%; después del deducible
<b>Terapia del habla para habilitación</b>	15 % después del deducible	35%; después del deducible
<b>Terapia física relacionada con el autismo</b>	15 % después del deducible	35%; después del deducible
<b>Terapia ocupacional relacionada con el autismo</b>	15 % después del deducible	35%; después del deducible
<b>Terapia del habla relacionada con el autismo</b>	15 % después del deducible	35%; después del deducible
<b>Terapia de salud emocional y psicológica relacionada con el autismo</b> Estos beneficios se combinan con visitas de salud mental ambulatorias.	Copago de \$40; sin deducible	35%; después del deducible
<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".	15 % después del deducible	35%; después del deducible
<b>OTROS SERVICIOS</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Centro de enfermería especializada</b> Limitado a 60 días por año Si lo ingresan en un centro para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.	15 % después del deducible	35%; después del deducible
<b>Atención domiciliaria</b> Limitado a 90 visitas por año. Servicio privado de enfermería no incluido. 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.	15 % después del deducible	35%; después del 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.	15 % después del deducible	35%; después del deducible

**PLAN DESIGN & BENEFITS**  
**ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

<b>Atención en hospicio - Ambulatorio</b>	15 % después del deducible	35%; después del 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.		
<b>Servicio privado de enfermería</b>	15 % después del deducible	35%; después del deducible
Limitado a 70 turnos de ocho horas por año. Consideramos cada período de hasta 8 horas como un turno de servicio privado de enfermería.		
<b>Equipo médico duradero</b>	15 % después del deducible	35%; después del deducible
<b>Audífonos</b>	15 % después del deducible	35%; después del deducible
Limitado a un máximo de \$2,000 cada 24 meses.		
<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.	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>Terapia de infusión (en el hogar o en el consultorio)</b>	Copago de \$40; sin deducible	35%; después del deducible
<b>Terapias de infusión (en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro independiente)</b>	15 % después del deducible	35%; después del deducible
<b>Terapia celular, génica y otras terapias innovadoras (GCIT™)</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe. Copago de \$50; después del deducible para medicamentos de terapia génica, si corresponde. La cobertura dentro de la red se ofrece únicamente en los centros designados para GCIT™.	No está cubierto.
<b>Trasplantes</b>	15 % después del deducible La cobertura dentro de la red solo está disponible en los centros contratados IOE (Institutes of Excellence™).	35%; después del deducible La cobertura fuera de la red se aplica cuando utiliza un centro que no es IOE. Pagará más de desembolso cuando use un centro que no sea IOE.
<b>Cirugía bariátrica</b>	50 %, después del deducible	50 %, después del deducible
Limitado a \$15,000 de por vida Si lo ingresan en un hospital para recibir el cuidado que necesita, el costo compartido cuenta para todos los beneficios cubiertos que recibe.		
<b>Acupuntura</b>	Copago de \$25; sin deducible	35%; después del deducible
Limitado a 20 visitas por año.		
<b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Tratamiento de infertilidad</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.
Tiene cobertura para el diagnóstico y el tratamiento de la causa subyacente de la esterilidad.		



**PLAN DESIGN & BENEFITS**  
**ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

<b>Servicios completos para infertilidad</b>	15 % después del deducible	35%; después del deducible
La cobertura incluye inseminación artificial e inducción de la ovulación, limitado a 6 tratamientos combinados de por vida para cada miembro. El máximo de por vida se aplica a todos los procedimientos cubiertos por cualquiera de nuestros planes, excepto donde lo prohíbe la ley.		
<b>Tecnología reproductiva de avanzada (ART)</b>	15 % después del deducible	No está cubierto.
La cobertura de ART incluye fertilización in vitro (IVF), transferencia intrafalopiana de cigotos (ZIFT), transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT), transferencia de embriones criopreservados, inyección de esperma intracitoplasmática (ICSI) o microcirugía de óvulos. Limitado a 3 tratamientos por miembro de por vida. El máximo se aplica a todos los procedimientos cubiertos por cualquiera de nuestros planes, excepto donde lo prohíbe la ley.		
<b>Vasectomía</b>	El costo compartido depende del tipo de servicio y del lugar donde lo recibe.	35%; después del deducible
<b>Ligadura de trompas</b>	Cobertura del 100 %; sin deducible	35%; después del deducible
<b>FARMACIA</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Tipo de plan de farmacia</b>	Aetna Standard de formulario abierto	
<b>Límite de desembolso para medicamentos con receta (por año calendario)</b>	\$2,600 por persona	No aplica.
	\$5,200 por familia	No aplica.
Una vez que usted alcance el límite de desembolso familiar para medicamentos con receta, todos los miembros de la familia también lo habrán alcanzado por el resto del año. No hay límite de desembolso individual para medicamentos con receta para los miembros de una familia.		

**PLAN DESIGN & BENEFITS**  
**ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

<b>Medicamentos genéricos</b>		
<b>Al por menor</b>	Copago de \$10	No está cubierto.
<b>Orden por correo</b>	Copago de \$20	No aplica.
<b>Medicamentos de marca preferidos</b>		
<b>Al por menor</b>	Copago de \$30	No está cubierto.
<b>Orden por correo</b>	Copago de \$60	No aplica.
<b>Medicamentos de marca no preferidos</b>		
<b>Al por menor</b>	Copago de \$50	No está cubierto.
<b>Orden por correo</b>	Copago de \$100	No aplica.
<b>Medicamentos de especialidad</b>		
<b>Medicamentos de especialidad preferidos</b>	Copago de \$100	No está cubierto.
<b>Medicamentos de especialidad no preferidos</b>	Copago de \$100	No está cubierto.
<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.	
<b>Maintenance Choice obligatorio</b>	Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos con receta que suelen usarse para tratar enfermedades que requieren su uso diario y regular. Si toma un medicamento de mantenimiento, puede obtenerlo 2 veces al por menor. Luego, debe obtener un suministro de 31 a 90 días de medicamentos de mantenimiento en una farmacia de órdenes por correo de CVS Caremark® o en una tienda de CVS Pharmacy®. Si no lo hace, deberá pagar el 100 % del costo del medicamento.	
<b>Baja voluntaria</b>	Deberá notificarnos si quiere seguir obteniendo el medicamento en la farmacia al por menor de la red. Llame al número que aparece en la tarjeta de identificación de miembro.	
<b>De especialidad</b>	Puede obtener un suministro de medicamentos de especialidad de hasta 30 días. Debe obtener todos los medicamentos de especialidad a través de nuestra red preferida de farmacias de especialidad. Lista de medicamentos de Aetna Specialty Performance Network	

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

- Suministros para diabéticos y monitores de glucosa en sangre.
- Medicamentos con receta para perder peso.
- Medicamentos para la disfunción sexual, incluida la dosis diaria y 6 comprimidos adicionales por mes para la disfunción eréctil.

**PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

- Se incluyen medicamentos para la fertilidad orales e inyectables (los cargos médicos por inyecciones no están cubiertos en Rx, la cobertura médica es limitada).

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

- Vacunas estacionales.
- Vacunas preventivas.
- Medicamentos preventivos que cumplen con los requisitos según la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) y anticonceptivos

Para obtener una lista completa de los medicamentos con receta que cumplen con los requisitos, visite [Aetna.com](http://Aetna.com).



**PLAN DESIGN & BENEFITS**  
**ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

---

**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.

---

**Elija genéricos haciendo caso omiso de la leyenda “DAW” (Dispense As Written, entregar tal como se prescribe):** A veces, su médico puede afirmar que usted necesita un medicamento con receta de marca aun cuando hay un genérico disponible. Si es así, usted pagará el copago del medicamento de marca. Si usted solicita un medicamento con receta de marca cuando hay un genérico disponible, pagará el copago del medicamento de marca correspondiente más la diferencia entre el precio del genérico y el del producto de marca.

---

**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.

\*\* 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”.

Dicho monto está basado en el plan fuera de la red que usted o su empleador elijan.

- Para médicos y otros profesionales, el monto está basado en los cargos predominantes. Obtenemos esta información de una base de datos externa.

- Para hospitales y otros centros, el monto está basado en la Lista de tarifas de centros.

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](http://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 manera de pagarles a médicos y hospitales fuera de la red se aplica 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), pagaremos la factura como si hubiera recibido cuidado dentro de la red. Usted paga los copagos y los deducibles de su plan que corresponden a su nivel de beneficios dentro de la red. Comuníquese con nosotros si su proveedor le solicita que pague un costo mayor. Más allá de sus copagos y deducibles, usted no es responsable de ningún saldo pendiente facturado por sus proveedores en relación con servicios de emergencia.

**PLAN DESIGN & BENEFITS**  
**ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

Los planes son proporcionados por: Aetna Health Inc. Aunque creemos que este material es correcto en la fecha de producción, 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 de los planes pueden variar de acuerdo con el lugar y están sujetas a cambio. 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
- 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.



PERNOD RICARD USA, LLC  
Effective Date: 01-01-2024  
Aetna Choice® POS II -- ASC

**PLAN DESIGN & BENEFITS**  
**ADMINISTERED BY AETNA LIFE INSURANCE COMPANY - SELF FUNDED**

Puede estar disponible la traducción de este material en otro idioma. Llame a Servicios al Cliente al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación.

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](http://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.

© 2021 Aetna Inc.