



**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 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.</b>		
<b>Deducible (por año calendario)</b>	\$350 Individual \$1,050 Familiar	\$550 Individual \$1,650 Familiar
<p>Todos los gastos cubiertos se acumulan separadamente 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>		
<b>Coseguro del miembro</b>	15 %	35%
Se aplica a todos los gastos, a menos que se especifique de otra manera.		
<b>Límite de pago (por año calendario)</b>	\$5,000 Individual \$10,000 Familiar	\$10,000 Individual \$20,000 Familiar
<p>Todos los gastos cubiertos se acumulan separadamente para el límite de pago dentro o fuera de la red.            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.            Los gastos de farmacia no se aplican para 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>		
<b>Máximo de por vida</b>	Sin límite, excepto donde se indique lo contrario.	
<b>Selección de médico de cuidado primario</b>	Opcional	No aplica.
<b>Requerimientos de certificación:</b>		
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.		
<b>Requerimiento de remisión</b>	Ninguno	Ninguno
<b>Consultas de telemedicina: Los servicios cubiertos para consultas de telemedicina están disponibles a través de diversos tipos de proveedores de su plan. Inicie sesión en el sitio web seguro de Aetna en <a href="https://www.aetna.com/">https://www.aetna.com/</a> para revisar las listas de proveedores de telemedicina y para obtener más información sobre sus opciones, incluidos los montos específicos de costo compartido.</b>		
ATENCIÓN PREVENTIVA	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
<b>Exámenes físicos de rutina a adultos/vacunas</b>	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	30 %, después del deducible
1 examen por año calendario hasta 65 años de edad. 1 examen por año calendario a partir de los 65 años de edad.		
<b>Exámenes de rutina a niños sanos (Well Child)/vacunas</b>	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	30 %, después del deducible
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; posteriormente, 1 examen por año calendario hasta los 22 años de edad.		



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

<b>Exámenes de atención ginecológica de rutina</b> 1 examen y prueba de PAP por año calendario, incluye costos asociados.	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	35 %, después del deducible
<b>Mamografías de rutina</b> Se recomienda una mamografía inicial para mujeres de 35 y mayores, 1 servicio por año como máximo.	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	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. Pueden existir limitaciones para métodos contraceptivos, procedimientos de esterilización, asesoramiento y educación para pacientes.	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	30 %, después del deducible
<b>Examen de tacto rectal de rutina</b> Se recomienda para varones con cobertura de 40 años de edad y mayores.	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	35 %, después del deducible
<b>Prueba de antígeno específico prostático</b> Se recomienda para varones con cobertura de 40 años de edad y mayores.	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	35 %, después del deducible
<b>Examen de cáncer colorectal</b> Se recomienda para todos los miembros a partir de los 45 años de edad.	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	35 %, después del deducible
<b>Examen rutinario de ojos</b> 1 examen de rutina por año calendario	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	35 %, después del deducible
<b>Examen rutinario de audición</b>	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	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 no especialistas</b> Incluye servicios de un internista, médico general, médico de familia o pediatra.	Copago de \$25 por visita al consultorio; deducible exonerado No se aplica el copago por los servicios a los que se accede en un proveedor de IMWell Health.	35 %, después del deducible
<b>Visitas al consultorio de especialista</b>	Copago de \$40 por visita al consultorio; deducible exonerado	35 %, después del deducible
<b>Exámenes de audición</b> 1 examen de rutina cada 24 meses.	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	35 %, después del deducible
<b>Atención prenatal</b>	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	35 %, después del deducible



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

<b>Clínicas sin cita previa</b>	Copago de \$25; deducible exonerado	35 %, después del deducible
<b>Clínicas sin cita previa designadas</b>	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	
<p>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.</p>		
<b>Pruebas de alergias</b>	Su costo compartido se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta. No se aplica el copago por los servicios a los que se accede en un proveedor de IMWell Health.	Su costo compartido se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta.
<b>Inyecciones para alergias</b>	Su costo compartido se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta. No se aplica el copago por los servicios a los que se accede en un proveedor de IMWell Health.	Su costo compartido se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta.
<b>PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Rayos X para diagnóstico</b> (Distintos de servicios de imágenes complejas) 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.	15 % después del deducible	35 %, después del deducible
<b>Laboratorio de diagnóstico</b> 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.	15 % después del deducible	35 %, después del deducible
<b>Servicios de imágenes complejas para diagnóstico</b> 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.	15 % después del deducible	35 %, después del deducible
<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; deducible exonerado	\$40 por visita; deducible exonerado
<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; deducible exonerado	Igual a la atención dentro de la red
<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>	15 % después del 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.



PERNOD RICARD USA, LLC  
Effective Date: 01-01-2023  
Aetna Choice® POS II – ASC  
Fort Smith

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

<b>ATENCIÓN EN HOSPITAL</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Cobertura de hospitalización</b>	15 % después del deducible	35 %, después del deducible
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su estadía en el hospital.		
<b>Cobertura hospitalaria por maternidad (incluye atención durante el parto y después de este)</b>	15 % después del deducible	35 %, después del deducible
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su estadía en el hospital.		
<b>Gastos de hospital ambulatorios</b>	15 % después del deducible	35 %, después del deducible
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su visita ambulatoria.		
<b>Cirugía ambulatoria – En hospital</b>	15 % después del deducible	35 %, después del deducible
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su visita ambulatoria.		
<b>Cirugía ambulatoria - Centro independiente</b>	15 % después del deducible	35 %, después del deducible
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su visita ambulatoria.		
<b>SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>En hospital</b>	15 % después del deducible	35 %, después del deducible
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su estadía en el hospital.		
<b>Visitas al consultorio por salud mental</b>	Copago de \$40; deducible exonerado No se aplica el copago por los servicios a los que se accede en un proveedor de IMWell Health.	35 %, después del deducible
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su visita ambulatoria.		
<b>Otros servicios de salud mental</b>	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>	15 % después del deducible	35 %, después del deducible
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su estadía en el hospital.		
<b>Centros residenciales de tratamiento</b>	15 % después del deducible	35 %, después del deducible
<b>Visitas al consultorio por abuso de sustancias</b>	Copago de \$40; deducible exonerado No se aplica el copago por los servicios a los que se accede en un proveedor de IMWell Health.	35 %, después del deducible
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su visita ambulatoria.		
<b>Otros servicios por abuso de sustancias</b>	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>	15 % después del deducible	35 %, 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.		
<b>Atención domiciliaria</b>	15 % después del deducible	35 %, después del deducible
Limitado a 90 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		
<b>Atención en hospicio - Internado</b>	15 % después del deducible	35 %, después del deducible
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su estadía en el hospital.		



**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
Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su visita ambulatoria.		
<b>Servicio privado de enfermería</b>	15 % después del deducible	35 %, 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.		
<b>Terapia de manipulación de columna vertebral</b>	Copago de \$40; deducible exonerado	35 %, después del deducible
Limitado a 20 visitas por año.		
<b>Rehabilitación ambulatoria a corto plazo</b>	Copago de \$40; deducible exonerado	35 %, después del deducible
Incluye terapias física, ocupacional y del habla, limitado a 60 visitas por año		
<b>Terapia física para habilitación</b>	Copago de \$40; deducible exonerado	35 %, después del deducible
<b>Terapia ocupacional para habilitación</b>	Copago de \$40; deducible exonerado	35 %, después del deducible
<b>Terapia del habla para habilitación</b>	Copago de \$40; deducible exonerado	35 %, después del deducible
<b>Terapia del comportamiento para casos de autismo</b>	Consulte el beneficio de salud mental del comportamiento en servicios ambulatorios de salud mental.	Consulte el beneficio de salud mental del comportamiento en servicios ambulatorios de salud mental.
Combinado con visitas ambulatorias por salud mental		
<b>Análisis aplicado del comportamiento para casos de autismo</b>	Consulte el beneficio de salud mental del comportamiento en servicios ambulatorios de salud mental.	Consulte el beneficio de salud mental del comportamiento en servicios ambulatorios de salud mental.
Tiene igual cobertura que cualquier otro beneficio de salud mental ambulatorio.		
<b>Terapia física para casos de autismo</b>	Copago de \$40; deducible exonerado	35 %, después del deducible
<b>Terapia ocupacional para casos de autismo</b>	Copago de \$40; deducible exonerado	35 %, después del deducible
<b>Terapia del habla para casos de autismo</b>	Copago de \$40; deducible exonerado	35 %, después del deducible
<b>Equipo médico duradero</b>	15 % después del deducible	35 %, después del deducible
<b>Suministros para diabéticos - (Si no está cubierto como beneficios de farmacia.)</b>	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos.	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos.
<b>Según la Affordable Care Act (ley de atención accesible), se exigían contraceptivos para mujeres</b>	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	Tiene igual cobertura que otros gastos.
<b>Medicamentos y dispositivos contraceptivos para mujeres que no se consiguen en una farmacia</b>	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos.
<b>Terapia de infusión Suministrada en el domicilio o en el consultorio médico</b>	Copago de \$40; deducible exonerado	35 %, después del deducible
<b>Terapia de infusión Suministrada en un departamento hospitalario para atención ambulatoria o en un centro independiente</b>	15 % después del deducible	35 %, después del deducible
<b>Acupuntura</b>	Copago de \$25; deducible exonerado	35 %, después del deducible
Limitado a 20 visitas por año.		



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

<b>Terapia celular, génica y otras terapias innovadoras (GCIT™)</b>	Su costo compartido se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta. 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>Accesorios para la visión</b>	No está cubierto.	No está cubierto.
<b>Trasplantes</b>	15 % después del deducible La cobertura preferida es proporcionada únicamente en un centro contratado IOE (Institutos de Excelencia, por sus siglas en inglés).	35 %, después del deducible
<b>Cirugía bariátrica</b> Limitado a un máximo de por vida de \$15,000. Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su estadía en el hospital.	50 %, después del deducible	50 %, después del deducible
<b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>	<b>DENTRO DE LA RED</b>	<b>FUERA DE LA RED</b>
<b>Tratamiento de infertilidad</b>	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.	Su costo compartido se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta.
<b>Servicios completos para infertilidad</b> 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.	15 % después del deducible	35 %, después del deducible
<b>Tecnología reproductiva de avanzada (ART)</b> 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.	15 % después del deducible	No está cubierto.
<b>Vasectomía</b>	Su costo compartido se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta.	35 %, después del deducible
<b>Ligadura de trompas</b>	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	35 %, después del deducible



PERNOD RICARD USA, LLC  
 Effective Date: 01-01-2023  
 Aetna Choice® POS II – ASC  
 Fort Smith

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

<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>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 \$75	No está cubierto.
<b>Medicamentos de especialidad no preferidos</b>	Copago de \$75	No está cubierto.
<b>Farmacia (requisitos y suministros por día)</b>		
<b>Al por menor</b>	Hasta 30 días de suministro de la red Aetna National Network	
<b>Maintenance Choice obligatorio</b>	Después de dos abastecimientos al por menor, los miembros deben abastecer un suministro de medicamentos de mantenimiento para 90 días en CVS Caremark® Mail Service Pharmacy o CVS Pharmacy. De lo contrario, el miembro será responsable del 100 % del costo compartido.	
<b>Baja voluntaria</b>	El miembro debe informarnos si quiere continuar abasteciendo sus medicamentos en una farmacia al por menor de la red. Para ello, debe llamarnos al número que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.	
<b>De especialidad</b>	Suministro de hasta 30 días Lista de medicamentos de Aetna Specialty Performance Network	
<b>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.</b>		
<b>El plan incluye suministros para diabéticos, monitores de glucosa en sangre, medicamentos con receta para perder peso, y medicamentos y dispositivos contraceptivos que se consiguen en farmacias.</b>		
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 para la fertilidad orales e inyectables (los cargos médicos por inyecciones no están cubiertos en Rx, la cobertura médica es limitada).		
Se incluye precertificación para medicamentos de especialidad.		
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.		
<b>Máximo desembolso anual para medicamentos con receta</b>	\$2,600 Individual \$5,200 Family	
<b>PROVISIONES GENERALES</b>		
<b>Elegibilidad de dependientes</b>	Cónyuge, hijos desde el nacimiento hasta los 26 años de edad, sin importar su estado estudiantil.	



PERNOD RICARD USA, LLC  
Effective Date: 01-01-2023  
Aetna Choice® POS II – ASC  
Fort Smith

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

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 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.





PERNOD RICARD USA, LLC  
Effective Date: 01-01-2023  
Aetna Choice® POS II – ASC  
Fort Smith

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

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.

Este material puede estar disponible en otro idioma. Por favor llame a Servicio a Miembros 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.  
© 2016 Aetna Inc.

---

**Nueva York**

Todos los beneficios estatales por contrato especificados más arriba se adecuarán a este estado auxiliar.



PERNOD RICARD USA, LLC  
Effective Date: 01-01-2023  
Aetna Choice® POS II – ASC  
Fort Smith

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