



PERNOD RICARD USA, LLC
 Effective Date: 01-01-2023
 Aetna Choice® POS II -- ASC
 Qualified High Deductible Health Plan
 Fort Smith

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

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)	\$2,500 Individual \$5,000 Familiar	\$2,500 Individual \$5,000 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 se aplican para el deducible. Cuando se cumpla el deducible familiar, se considerará que todos los miembros de la familia han completado sus deducibles. No hay un deducible individual para satisfacer dentro del deducible familiar.</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)	\$5,000 Individual \$10,000 Familiar	\$10,000 Individual \$20,000 Familiar
<p>Todos los gastos cubiertos se acumulan simultáneamente para el límite de pago dentro y 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 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>		
Máximo de por vida	Sin límite, excepto donde se indique lo contrario.	
Selección de médico de cuidado primario	Opcional	No aplica.
Requerimientos de certificación:		
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.		
Requerimiento de remisión	Ninguno	Ninguno
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 https://www.aetna.com/ para revisar las listas de proveedores de telemedicina y para obtener más información sobre sus opciones, incluidos los montos específicos de costo compartido.		
ATENCIÓN PREVENTIVA	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Exámenes físicos de rutina a adultos/vacunas	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; 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.		
Exámenes de rutina a niños sanos (Well Child)/vacunas	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; 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.		



PERNOD RICARD USA, LLC
Effective Date: 01-01-2023
Aetna Choice® POS II -- ASC
Qualified High Deductible Health Plan
Fort Smith

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

Exámenes de atención ginecológica de rutina 1 examen y prueba de PAP por año calendario, incluye costos asociados.	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Mamografías de rutina Se recomienda una mamografía inicial para mujeres de 35 y mayores, 1 servicio por año como máximo.	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 por año calendario	Cobertura del 100 %; 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 un médico de cuidado primario (PCP) Incluye servicios de un internista, médico general, médico de familia o pediatra.	20 %, después del deducible Se renuncia al coseguro por servicios a los que se accede en un proveedor de IMWell Health.	40 %; después del deducible
Visitas al consultorio de especialista	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Exámenes de audición 1 examen de rutina cada 24 meses.	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Atención prenatal	Cobertura del 100 %; deducible exonerado	40 %; después del deducible
Clínicas sin cita previa	20 %, después del deducible Clínicas sin cita previa designadas Cobertura del 100 %; después del deducible	40 %; después del deducible



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

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	20 %, después del deducible Se renuncia al coseguro por servicios a los que se accede en un proveedor de IMWell Health.	40 %; después del deducible
Inyecciones para alergias	20 %, después del deducible Se renuncia al coseguro por servicios a los que se accede en un proveedor de IMWell Health.	40 %; después del deducible
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	20 %, después del deducible	20 %, después del deducible
Uso no urgente de un proveedor de atención urgente	No está cubierto.	No está cubierto.
Sala de emergencias	20 %, después del deducible	Igual a la atención dentro de la red
Atención que no es de emergencia en sala de emergencias	No está cubierto.	No está cubierto.
Uso de ambulancia en casos de emergencia	20 %, 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



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

Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su visita ambulatoria.

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
En hospital	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	20 %, después del deducible Se renuncia al coseguro por servicios a los que se accede en un proveedor de IMWell Health.	40 %; después del deducible
--	--	-----------------------------

Su costo compartido se aplica a todos los beneficios cubiertos utilizados durante su visita ambulatoria.

Otros servicios de salud mental	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
--	-----------------------------	-----------------------------

ABUSO DE SUSTANCIAS	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
En hospital	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	20 %, después del deducible Se renuncia al coseguro por servicios a los que se accede en un proveedor de IMWell Health.	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	20 %, después del deducible	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 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

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	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.

Terapia de manipulación de columna vertebral	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
---	-----------------------------	-----------------------------

Limitado a 20 visitas por año.

Rehabilitación ambulatoria a corto plazo	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
---	-----------------------------	-----------------------------

Incluye terapias física, ocupacional y del habla, limitado a 60 visitas por año



PERNOD RICARD USA, LLC
 Effective Date: 01-01-2023
 Aetna Choice® POS II -- ASC
 Qualified High Deductible Health Plan
 Fort Smith

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

Terapia física para habilitación	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Terapia ocupacional para habilitación	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Terapia del habla para habilitación	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Terapia del comportamiento para casos de autismo	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		
Análisis aplicado del comportamiento para casos de autismo	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.		
Terapia física para casos de autismo	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Terapia ocupacional para casos de autismo	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Terapia del habla para casos de autismo	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Equipo médico duradero	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
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 médicos.
Terapia de infusión Suministrada en el domicilio o en el consultorio médico	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Terapia de infusión Suministrada en un departamento hospitalario para atención ambulatoria o en un centro independiente	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Acupuntura Limitado a 20 visitas por año.	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Terapia celular, génica y otras terapias innovadoras (GCIT™)	Su costo compartido se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta. 20 %, después del deducible por medicamentos de terapia génica, si corresponde La cobertura dentro de la red se ofrece únicamente en los centros designados para GCIT™.	No está cubierto.
Accesorios para la visión	No está cubierto.	No está cubierto.



PERNOD RICARD USA, LLC
Effective Date: 01-01-2023
Aetna Choice® POS II -- ASC
Qualified High Deductible Health Plan
Fort Smith

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

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
Cirugía bariátrica 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
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. 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.
Servicios completos para infertilidad	20 %, después del deducible	40 %; después del deducible
Tecnología reproductiva de avanzada (ART)	20 %, después del deducible	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
Se aplica el costo total del medicamento al deducible antes de que los beneficios sean considerados para el pago según el plan de farmacia.		



PERNOD RICARD USA, LLC
 Effective Date: 01-01-2023
 Aetna Choice® POS II -- ASC
 Qualified High Deductible Health Plan
 Fort Smith

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

Tipo de plan de farmacia	Aetna Standard de formulario abierto	
Medicamentos genéricos		
Al por menor	Copago de \$10	No está cubierto.
Orden por correo	Copago de \$20	No aplica.
Medicamentos de marca preferidos		
Al por menor	Copago de \$30	No está cubierto.
Orden por correo	Copago de \$60	No aplica.
Medicamentos de marca no preferidos		
Al por menor	Copago de \$50	No está cubierto.
Orden por correo	Copago de \$100	No aplica.
Medicamentos de especialidad		
Medicamentos de especialidad preferidos	Copago de \$75	No está cubierto.
Medicamentos de especialidad no preferidos	Copago de \$75	No está cubierto.
Farmacia (requisitos y suministros por día)		
Al por menor	Hasta 30 días de suministro de la red Aetna National Network	
Maintenance Choice obligatorio	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.	
Baja voluntaria	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.	
De especialidad	Suministro de hasta 30 días Lista de medicamentos de Aetna Specialty Performance Network	
Medicamentos preventivos: Se exige el deducible para ciertos medicamentos preventivos. Puede encontrar la lista completa de estos medicamentos en el sitio seguro para miembros o solicitarla a su empleador.		
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, monitores de glucosa en sangre, medicamentos con receta para perder peso, y medicamentos y dispositivos contraceptivos que se consiguen en farmacias.		
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.		

PROVISIONES GENERALES

Elegibilidad de dependientes	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
Qualified High Deductible Health Plan
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
Qualified High Deductible Health Plan
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.

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.