



DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
 ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	ATENCIÓN PREFERIDA		ATENCIÓN NO PREFERIDA	
<b>Deducible</b> (por año calendario)	\$800	Individual	\$1,600	Individual
	\$2,400	Familiar	\$4,800	Familiar
Todos los gastos cubiertos, excluyendo los medicamentos con receta, se acumulan para el deducible preferido y el no preferido. A menos que se indique de otra manera, el deducible debe completarse antes de que los beneficios sean pagaderos. Cuando se cumpla el deducible familiar, se considerará que todos los miembros de la familia han completado sus deducibles para lo que reste del año calendario.				
<b>Coseguro del miembro</b>	20%		40%	
Se aplica a todos los gastos, a menos que se especifique de otra manera.				
<b>Límite de pago</b> (por año calendario)	\$2,000	Individual	\$4,000	Individual
	\$6,000	Familiar	\$12,000	Familiar
Todos los gastos cubiertos, excluyendo los medicamentos con receta, se acumulan para el límite de pago preferido y no preferido. Ciertos costos compartidos de los miembros pueden no ser aplicables para el límite de pago. Sólo aquellos gastos de desembolso resultantes de la aplicación del porcentaje de coseguro, de los deducibles y de los copagos (excepto cualquier monto por multas) pueden utilizarse para satisfacer el límite de pago. Cuando se cumpla el límite de pago familiar, se considerará que todos los miembros de la familia han completado sus límites de pago para lo que reste del año calendario.				
<b>Máximo de por vida</b>	Sin límite, excepto donde se indique lo contrario.		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 no preferida 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. Certificación previa para ciertos procedimientos / tratamientos - cantidad excluida es de \$200 por ocurrencia.				
<b>Requerimiento de remisión</b>	Ninguno		Ninguno	
<b>ATENCIÓN PREVENTIVA</b>	<b>ATENCIÓN PREFERIDA</b>		<b>ATENCIÓN NO PREFERIDA</b>	
<b>Exámenes físicos de rutina a adultos/vacunas</b>	Cobertura del 100%; deducible exonerado		No está cubierto.	
1 examen cada 12 meses para miembros de 18 a 65 años de edad; 1 examen cada 12 meses para adultos de 65 años y mayores.				
<b>Exámenes de rutina a niños sanos (Well Child)/vacunas</b>	Cobertura del 100%; deducible exonerado		No está cubierto.	
7 exámenes en los primeros 12 meses de vida, 3 exámenes entre los meses 13 y 36; posteriormente 1 examen cada 12 meses hasta los 18 años de edad.				
<b>Exámenes de atención ginecológica de rutina</b>	Cobertura del 100%; deducible exonerado		No está cubierto.	
Incluye exámenes de rutina y costos de laboratorio asociados.				
<b>Mamografías de rutina</b>	Cobertura del 100%; deducible exonerado		No está cubierto.	
Para mujeres con cobertura, de 40 años de edad y mayores				
<b>Examen de tacto rectal de rutina/Prueba de antígeno específico prostático</b>	Cobertura del 100%; deducible exonerado		No está cubierto.	
Para varones con cobertura, de 40 años de edad y mayores				
<b>Examen de cáncer colorrectal</b>	Cobertura del 100%; deducible exonerado		No está cubierto.	
Para todos los miembros de 50 años de edad y mayores				



DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
 ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

<b>Examen rutinario de ojos</b>	Cobertura del 100%; deducible exonerado	No está cubierto.
1 examen de rutina cada 12 meses.		
<b>Examen rutinario de audición</b>	Copago de \$25 por visita al consultorio; deducible exonerado	No está cubierto.
1 examen de rutina cada 12 meses.		
<b>ATENCIÓN MÉDICA</b>	<b>ATENCIÓN PREFERIDA</b>	<b>ATENCIÓN NO PREFERIDA</b>
<b>Visitas al consultorio del médico de cuidado primario (PCP)</b>	Copago de \$25 por visita al consultorio; deducible exonerado	40% después del deducible
Incluye servicios de un internista, médico general, médico de familia o pediatra.		
<b>Visitas al consultorio de especialista</b>	Copago de \$50 por visita al consultorio; deducible exonerado	40% después del deducible
<b>Pruebas de alergias</b>	Cubierto como visita al consultorio de PCP o de especialista; deducible exonerado	40% después del deducible
<b>Inyecciones para alergias</b>	Cubierto como visita al consultorio de PCP o de especialista después del deducible	40% después del deducible
<b>PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO</b>	<b>ATENCIÓN PREFERIDA</b>	<b>ATENCIÓN NO PREFERIDA</b>
<b>Laboratorio de diagnóstico y Rayos X</b>	20% después del deducible	40% después del deducible
Si los estudios son practicados como parte de la visita al consultorio del médico y facturados por éste, los gastos están cubiertos según el costo compartido del miembro aplicable a la visita al consultorio.		
<b>ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA</b>	<b>ATENCIÓN PREFERIDA</b>	<b>ATENCIÓN NO PREFERIDA</b>
<b>Proveedor de atención urgente</b> (La disponibilidad de beneficios puede variar según la localidad.)	100% después de copago de \$25; después del deducible	40% después del deducible
<b>Uso no urgente de un proveedor de atención urgente</b>	No está cubierto.	No está cubierto.
<b>Sala de emergencias</b>	20% después de copago de \$150; deducible exonerado; copago	Tiene igual cobertura que la atención preferida
<b>Atención que no es de emergencia en sala de emergencias</b>	No está cubierto.	No está cubierto.
<b>Ambulancia</b>	20% después del deducible	Tiene igual cobertura que la atención preferida
<b>ATENCIÓN EN HOSPITAL</b>	<b>ATENCIÓN PREFERIDA</b>	<b>ATENCIÓN NO PREFERIDA</b>
<b>Cobertura de hospitalización</b>	20% después de \$250 por un copago de confinamiento; después del deducible.	40% después del deducible
El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la estadía de dicho miembro en el hospital.		
<b>Cobertura hospitalaria por maternidad</b>	20% después de \$250 por un copago de confinamiento; después del deducible.	40% después del deducible
El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la estadía de dicho miembro en el hospital.		
<b>Cirugía ambulatoria</b>	20% después del deducible	40% después del deducible
<b>Gastos de hospital ambulatorios</b> (excluyendo cirugía)	20% después del deducible	40% después del deducible
El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la visita ambulatoria de dicho miembro.		



DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
 ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

SERVICIOS DE SALUD MENTAL	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
<b>En hospital</b>	20%; después del deducible.	40% después del deducible
El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la estadía de dicho miembro en el hospital.		
<b>Ambulatorio</b>	Copago de \$25 por visita al consultorio; deducible exonerado	40% después del deducible
El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la visita ambulatoria de dicho miembro.		
SERVICIOS POR ABUSO DE DROGAS O ALCOHOL	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
<b>En hospital</b>	20%; después del deducible.	40% después del deducible
El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la estadía de dicho miembro en el hospital.		
<b>Planta de Tratamiento Residencial</b>	20%; después del deducible.	40% después del deducible
<b>Ambulatorio</b>	Copago de \$25 por visita al consultorio; deducible exonerado	40% después del deducible
El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la visita ambulatoria de dicho miembro.		
OTROS SERVICIOS	ATENCIÓN PREFERIDA	ATENCIÓN NO PREFERIDA
<b>Centros de convalecencia</b>	20% después del deducible	40% después del deducible
Limitado a 100 días por año calendario El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la estadía de dicho miembro en el hospital.		
<b>Atención domiciliaria</b>	Cobertura del 100% después del deducible	40% después del deducible
Ilimitado. Basado en la Necesidad Médica		
<b>Atención en hospicio - Internado</b>	Cobertura del 100% después del deducible	40% después del deducible
El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la estadía de dicho miembro en el hospital.		
<b>Atención en hospicio - Ambulatorio</b>	Cobertura del 100% después del deducible	40% después del deducible
El costo compartido del miembro se aplica a todos los beneficios cubiertos incurridos durante la visita ambulatoria de dicho miembro.		
<b>Servicio privado de enfermería - Ambulatorio (Cambios ilimitados)</b>	Cobertura del 100% después del deducible	40% después del deducible
<b>Terapia ambulatoria del habla</b>	Copago de \$50 por visita al consultorio; deducible exonerado	40% después del deducible
Limitado a 20 visitas por año calendario		
<b>Terapia ambulatoria – Física y ocupacional</b>	Copago de \$50 por visita al consultorio; deducible exonerado	40% después del deducible
Limitado a 40 visitas combinadas por año calendario		
<b>Terapia de manipulación de columna vertebral</b>	Copago de \$50 por visita al consultorio; deducible exonerado	40% después del deducible
Limitado a 26 visitas por año calendario		
<b>Equipo médico duradero</b>	20% después del deducible	40% después del deducible
<b>Suministros para diabéticos</b>	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos; después del deducible.	Tiene igual cobertura que otros gastos médicos; después del deducible.



DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
 ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

<b>Medicamentos y dispositivos contraceptivos que no se consiguen en farmacias</b> (Incluye cobertura de visitas para contracepción.)	No está cubierto.	No está cubierto.
<b>Trasplantes</b>	20% La cobertura preferente se proporciona en una única instalación OIE contratados; después del deducible.	La cobertura no preferida del 40% es proporcionada en un centro no IOE; después del deducible.
<b>Boca, mandíbulas y dientes</b> (procedimientos de cirugía oral, ya sea de naturaleza médica o dental)	El costo compartido del miembro se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta; después del deducible.	40% después del deducible
<b>Dependientes fuera del área</b>	Cobertura proporcionada en el nivel de beneficios no preferidos del plan; después del deducible.	
<b>PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>	<b>ATENCIÓN PREFERIDA</b>	<b>ATENCIÓN NO PREFERIDA</b>
<b>Tratamiento de infertilidad</b>	El costo compartido del miembro se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta; después del deducible.	El costo compartido del miembro se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta; después del deducible.
Diagnóstico y tratamiento de la condición médica subyacente		
<b>Esterilización voluntaria</b> Incluyendo ligadura de trompas y vasectomía	El costo compartido del miembro se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta; después del deducible.	El costo compartido del miembro se basa en el tipo de servicio efectuado y el lugar donde se presta; después del deducible.
<b>FARMACIA</b>	<b>ATENCIÓN PREFERIDA</b>	<b>ATENCIÓN NO PREFERIDA</b>
<b>Al por menor</b>	Copago de \$10 para medicamentos genéricos, copago de \$40 para medicamentos de formulario de marca, y copago de \$60 para medicamentos de marca fuera del formulario, hasta 30 días de suministro en farmacias participantes	No está cubierto.
<b>Orden por correo</b>	Copago de \$20 para medicamentos genéricos, copago de \$80 para medicamentos de formulario de marca y copago de \$120 para medicamentos de marca fuera del formulario, hasta un suministro de 31 a 90 días de Aetna Rx Home Delivery®	No aplica.
<b>Genérico obligatorio (MG)</b> - Si el miembro o el médico solicita un medicamento de marca cuando existe un equivalente genérico, el miembro paga el copago aplicable más la diferencia entre el precio del genérico y el del producto de marca.		



DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
 ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

**El plan incluye:** suministros para diabéticos.

Se incluye precertificación para hormonas de crecimiento y Precertificación incluido

**PROVISIONES GENERALES**

**Elegibilidad de dependientes** El cónyuge, los niños del nacimiento para envejecerse 26.

**Exclusión de condiciones preexistentes** En la fecha de vigencia: exonerada  
 Después de la fecha de vigencia: postergación completa

Este plan impone una exclusión de condición preexistente para miembros de 19 años de edad o más, que puede ser exonerada en algunas circunstancias y puede no aplicarse a su caso. Una exclusión de condición preexistente significa que si usted tiene una enfermedad antes de su ingreso en este plan, es posible que deba esperar cierto período antes de que el plan le proporcione cobertura para esa enfermedad. Esta exclusión se aplica sólo a enfermedades para las cuales se indicó o se recibió asesoramiento, diagnóstico, atención o tratamiento médico, o por las cuales la persona tomó medicamentos recetados dentro de los 90 días anteriores. Generalmente, este período finaliza el día anterior a que su cobertura entre en vigencia. Sin embargo, si usted tuvo un período de espera para la cobertura, los 90 días finalizan el día anterior a que comience el período de espera. El período de exclusión, si se aplica, puede durar hasta 365 días a partir de su primer día de cobertura o, si tuvo un período de espera, a partir del primer día de su período de espera. Si usted tenía cobertura comprobable anterior dentro de los 150 días inmediatamente previos a su fecha de inscripción en este plan, entonces la exclusión de condiciones preexistentes de su plan, si la hubiera, será exonerada.

Si usted no tenía cobertura comprobable anterior dentro de los 90 días previos a su fecha de inscripción (ya sea porque no tenía cobertura anterior o porque hubo un lapso mayor de 90 días desde la fecha de finalización de su cobertura anterior hasta su fecha de inscripción), aplicaremos la exclusión de condiciones preexistentes de su plan. A fin de reducir o en lo posible eliminar su período de exclusión en base a su cobertura comprobable, debe proporcionarnos una copia de cualquier certificado de cobertura comprobable que usted tenga. Por favor comuníquese con Servicio a Miembros de Aetna al 1-888-982-3862 si necesita asistencia para obtener un certificado de cobertura comprobable de su aseguradora anterior, o si tiene preguntas acerca de la información indicada anteriormente. La exclusión de condición preexistente no se aplica a embarazo ni al hijo inscrito en el plan dentro de los 31 días del nacimiento, la adopción o la colocación en adopción. Nota: Para las personas inscritas fuera de plazo, la cobertura se demorará hasta el siguiente período abierto de inscripción del plan, y la exclusión de condición preexistente se aplicará a partir de la fecha de vigencia de la cobertura del individuo.

Este plan no cubre todos los gastos del cuidado de su salud e incluye exclusiones y limitaciones. Los miembros deben consultar los documentos de su plan para determinar cuáles servicios de salud están cubiertos y en qué medida. La siguiente es una lista parcial 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, 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 éstos. Gastos relacionados con cualquier tipo de cirugía ocular cuyo propósito principal sea la corrección de un defecto de refracción. Cirugía cosmética, incluyendo reducción del seno. Cuidado de custodia. Atención dental y radiografías dentales. Extracción de ovocitos a donante. Procedimientos experimentales y en investigación. Audífonos. Vacunas para viajes o empleos. Servicios para la infertilidad incluyendo, pero sin limitarse a éstos, 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.



DISEÑO Y BENEFICIOS DEL PLAN  
ADMINISTRADO POR AETNA LIFE INSURANCE COMPANY

---

Servicios o suministros médicamente innecesarios. Ortótica. Medicamentos y suministros de venta libre. Reversión de esterilización. Servicios para el tratamiento de disfunción o insuficiencias sexuales incluyendo terapia, suministros o consejería; y servicio especial de enfermería. 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.

Este material tiene solamente propósitos informativos y no constituye una oferta de cobertura ni consejería médica. Éste contiene sólo una descripción parcial y general de beneficios de planes o programas, y no constituye un contrato. Aetna no proporciona servicios de salud y, consecuentemente, no puede garantizar ningún resultado ni prever ninguna consecuencia. Consulte los documentos del plan (por ejemplo, Certificado de Seguro de Grupo y/o Póliza de Grupo) para determinar las estipulaciones contractuales que rigen, incluyendo los procedimientos, exclusiones y limitaciones relacionados con el plan. Con excepción de Aetna Rx Home Delivery, todos los prestadores y proveedores preferidos son contratistas independientes de práctica privada y no son empleados ni agentes de Aetna ni de sus afiliadas. Aetna Rx Home Delivery, LLC es una subsidiaria de Aetna Inc. No se puede garantizar la disponibilidad de algún proveedor en particular y la composición de la red de proveedores está sujeta a cambios sin previo aviso.

Algunos beneficios están sujetos a limitaciones o máximo de visitas. Ciertos servicios requieren precertificación o aprobación previa de la cobertura. La omisión de la precertificación de estos servicios puede ocasionar una reducción sustancial de los beneficios o la negación de la cobertura. Entre algunos de los beneficios que requieren precertificación pueden estar incluidos, pero sin limitarse a ellos, la hospitalización, la hospitalización por salud mental, la enfermería especializada en hospital, la cirugía ambulatoria, y los servicios por abuso de sustancias (desintoxicación, rehabilitación ambulatoria y en hospital). Cuando el proveedor preferido del miembro está coordinando la atención, el proveedor preferido obtendrá la precertificación. Cuando el miembro utiliza un proveedor no preferido, el miembro debe obtener la precertificación. Los requerimientos para la precertificación pueden variar. Dependiendo del plan seleccionado, los nuevos medicamentos con receta que no han sido revisados todavía por nuestro comité de revisión farmacéutica están disponibles en planes con formulario abierto, o excluidos de cobertura a menos que se obtenga una excepción médica según los planes que usen un formulario cerrado.

También pueden estar sujetos a precertificación o terapia escalonada. Los medicamentos sin receta y los que se incluyen en la sección de Limitaciones y Exclusiones de los documentos del plan (recibidos después de la inscripción abierta) no están cubiertos, y no hay excepciones médicas disponibles para ellos. Aunque creemos que esta información es correcta en la fecha de publicación, está sujeta a cambios.

Los planes son administrados por Aetna Life Insurance Company.